



Appui



Observatoire



Recherche



Information



Concertation

Repères pour une politique wallonne de santé mentale

Mai 2018

Responsable de projets : **Alexis Vanderlinden**

Avec la contribution de Marie Lambert

Sous la direction de Christiane BONTEMPS

Remerciements

Merci à toute l'équipe du CRéSaM et tout particulièrement Audrey CRUCIFIX, Christiane BONTEMPS, Delphine DOUCET, Marie LAMBERT, Muriel GENETTE et Pascal MINOTTE.

Merci aux experts pour leur investissement et pour leurs réponses qui témoignent d'une « santé mentale » diversifiée et dynamique : ABSIL Gaëtan, BANTUELLE Martine, BECKERS Jean-Marie, BELLEFROID Virginie, BOURLEZ Frédéric, BRAET Laurence, CALLENS Sylvie, CHAMBEAU Evelyne, CHAUVIER Pauline, CLAVIE Ronald, COLLARD Fabienne, CORLOSQUET Constance, CORNET d'ELZIUS de PEISSANT Régine, CRAPEZ Sophie, DE MAERE Etienne, DE RIEMAECKER Didier, DECHAUX Carine et MONNAIE Valérie et WIRTZ Alisson, DEHARENG France, DELARUE Virginie, DELCOURT Valérie, DELGRANGE Anne, DELGROFFE Didier, DEMETER Nicole, DEPAUW Aviva, DEPIERREUX Christel, DEPLECHIN Pierre, DESMEDT Samuel, DESOMER Valérie, DEVERD Pascale, DUMONT Jean-François, DUPONT François, EECKELEERS Patricia, FRESON Claudine, GILLAIN Benoît, GILLET Christophe et QUITELLIER Christophe, HECTOR Catherine, HELLIN Valérie, HENDRICK Stéphan, HOUBION Christelle, JACQUET Pascale, KATZ Myriam, KESTEMONT Paul, KOLELA Virginie, LAMY Dominique, LANGHENDRIES Dominique, LEGREVE Christian, MALDAGUE Patrick, MARIAGE Olivier, MULIER Daniel, NOEL Jean-Paul, POELMANS Christian, PONSAR Agnès, RATY Valériane, RENARD Anne et MONTAGNER Rosy, ROUSSEAU Jean-Paul, ROZENBERG Alain, SCHOENAERS Frédéric, THOMAS Marc, TONA Salvatore, TORNABENE Frédéric, VANDERGRAESEN Patrick, VANTOMME Coralie, WARLET François-Joseph, WEBER Carmen, WITTMAEKERS Henry et SEJKENS Marine, YLIEFF Michel.

Table des matières

Introduction.....	4
Résultats.....	6
Analyse.....	7
Perspectives.....	12
Résultats.....	13
1. Le contexte socioculturel et économique.....	14
2. Les ressources économiques.....	17
3. Le statut social et le rapport à la normalité.....	19
4. L'emploi et les conditions de travail.....	21
5. Le logement et l'environnement physique en général.....	24
6. Les réseaux de soutien social.....	26
7. L'enfance, la « parentalité » et le contexte familial.....	29
8. L'enseignement et l'éducation.....	32
9. La culture.....	35
10. Les habitudes de santé et la santé somatique.....	37
11. L'offre de soins en santé mentale.....	39
11.1 L'évolution des besoins.....	40
11.2 La prévention et la promotion.....	42
11.3 La visibilité de l'offre en santé mentale.....	45
11.4 L'accessibilité des soins.....	47
11.5 La quantité d'offre.....	52
11.6 La qualité de l'offre.....	55
11.7 La formation des professionnels.....	59
11.8 L'implication des usagers et des proches.....	62
11.9 Le financement de l'offre.....	65
11.10 Le contexte politique.....	70
Références bibliographiques.....	73
Annexes.....	75

Contexte

Afin de travailler sur une vision politique à long terme en santé mentale en Wallonie et à l'invitation du Cabinet du Ministre wallon de la Santé, le CRéSaM a mis en place un dispositif ayant pour objectif de **proposer des points de repères pour une politique wallonne de santé mentale**.

En tant que Centre de référence en santé mentale, le CRéSaM souhaite ainsi **inspirer la prise de décisions et les orientations politiques en santé mentale en Wallonie** en s'appuyant sur les acteurs de terrain.

Méthodologie

La démarche s'appuie sur des experts du secteur de la Santé Mentale, des secteurs connexes, des universités, des administrations et de la société civile, dans le but de dégager les éléments de consensus et de pointer les éléments de désaccord pouvant servir de points de repères.

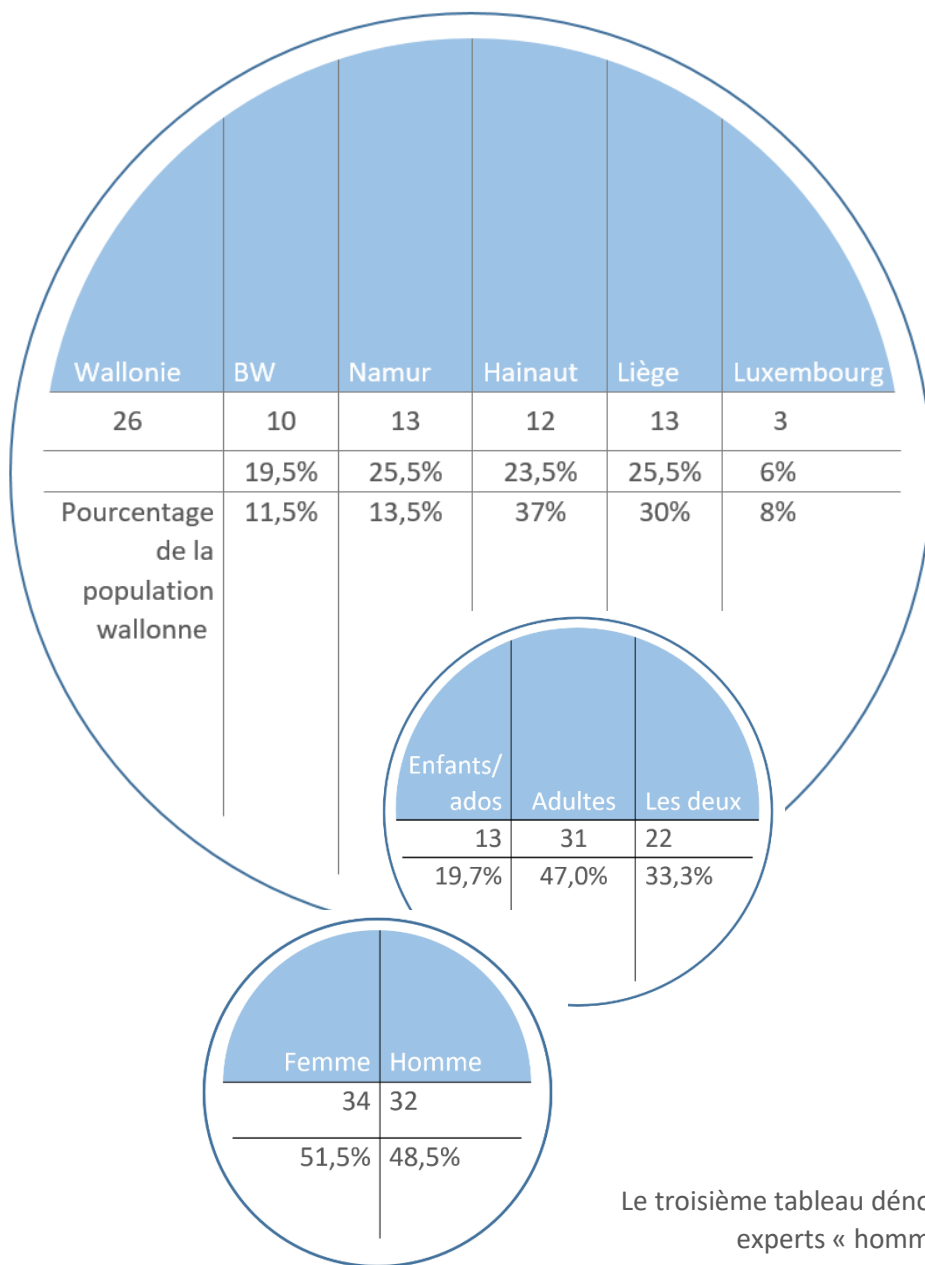
Le CRéSaM a opté pour **la méthode Delphi**, méthode visant à organiser la consultation d'experts sur un sujet précis. Elle consiste en une série d'interrogations répétées, habituellement au moyen de questionnaires, auprès d'experts désignés.

La sélection des experts s'est faite, pour le secteur de la Santé Mentale et la plupart des secteurs connexes, sur base d'une consultation des fédérations, des associations, des organisations et des administrations, de manière à garantir une représentativité des différentes activités et des différentes opinions au sein du secteur de la Santé Mentale et des autres secteurs concernés. La représentativité est à entendre ici comme une représentativité significative de l'échantillon, et non comme une représentativité en tant que porte-paroles car les experts ont été invités à répondre en leur nom propre et pas au nom de leurs fédérations, associations, organisations et administrations. Le terme « d'expert » renvoie donc à des personnes ayant une bonne connaissance pratique, politique, légale et/ou administrative de la santé mentale et/ou d'un thème connexe, avec une légitimité suffisante.

Au total, ce sont **66 experts** qui ont ainsi accepté la sollicitation du CRéSaM pour participer au projet (voir liste en annexe).

Outre le souci de représentativité par secteur, une attention particulière a été portée à la représentativité du territoire wallon (afin que les experts proviennent de toutes les provinces), à la représentativité des tranches d'âge (afin que les experts proviennent de services dédiés aux enfants/adolescents et aux adultes), et à la représentativité des genres (afin que le groupe d'experts soit composé d'autant d'hommes que de femmes).

Les tableaux ci-dessous exposent la représentativité obtenue.



Le premier tableau dénombre les experts ayant pointé leur expertise/pratique comme étant plus particulièrement centrée sur la Wallonie (26) ou sur une province en particulier. Le nombre est aussi présenté en pourcentage puis comparé à la population des provinces. Namur et le Brabant Wallon sont surreprésentés alors que le Hainaut et Liège, quelque peu sous-représentés malgré le nombre d'experts élevé.

Le second tableau dénombre les experts ayant pointé leur expertise/pratique comme étant plus particulièrement centrée sur les enfants/ados (13), sur les adultes (31) ou sur toutes les tranches d'âges sans distinction (22). Le nombre d'experts dont l'expertise/ la pratique est centrée sur les enfants/ados est moindre mais ce chiffre est à relativiser vu le nombre d'experts dont l'expertise/la pratique est centrée sur l'ensemble des tranches d'âge.

Le troisième tableau dénombre les experts « femmes » (34) et les experts « hommes » (32). L'égalité est presque parfaite.

Les 66 experts ont répondu à un premier questionnaire (voir annexes) concernant les déterminants de la santé mentale, les besoins de la population, les besoins des professionnels et les priorités.

Le CRÉSaM a réalisé un premier travail d'analyse des réponses reçues avec l'aide du logiciel Nvivo 11. La synthèse de ce travail a ensuite été soumise à l'ensemble des experts.

Ces derniers ont été invités, par le biais d'un second questionnaire (voir annexes), à se positionner sur la synthèse réalisée en identifiant les éléments qui leur semblaient les plus importants, en proposant des pistes d'action concrètes et en pointant les éléments avec lesquels ils ne se sentaient pas en accord. 50 experts (83 %) ont répondu à cette seconde étape.

Le CRÉSaM a ensuite inséré ces nouvelles réactions dans le document de synthèse.

Ce document a été finalement soumis aux experts dans sa version pré-définitive afin de leur laisser pour la troisième fois, l'occasion de réagir avant la diffusion.

Les idées apportées par l'ensemble des experts ont fait l'objet de reformulations et de simplifications, de regroupements et de classements. Cela avec toute l'attention requise afin de respecter au mieux le contenu amené par chacun des experts. Malgré ces précautions, les idées avancées au sein du rapport n'engagent pas les experts participants. Elles ne font pas forcément consensus : l'objectif n'étant pas de faire l'unanimité mais bien de mettre en évidence les différents points de vue

Présentation des résultats

Les données issues de la consultation des experts sont présentées ci-après (pp. 13 – 72).

Le lecteur est invité à en prendre connaissance avant de parcourir l'analyse et les perspectives présentées aux pages suivantes (pp. 7 – 12).

Comment lire le document ?

Le présent rapport constitue le recueil des réponses des experts aux questionnaires 1 et 2. Malgré notre souci de conserver au maximum les idées et les nuances amenées par les experts, **analyser et synthétiser** signifie classer, mettre les idées dans les cases qui leur correspondent le mieux, choisir, renoncer, etc.

Les éléments ont été classés selon 11 thématiques correspondant aux déterminants de la santé mentale évoqués dans la littérature, y compris l'offre de soins en santé mentale, considérée également comme un déterminant de la santé mentale. L'offre de soins en santé mentale a été elle-même découpée en 10 thématiques. Ce sont donc au total **21 thématiques qui sont développées**.

Chaque thématique est déployée selon une même structure :

- les idées majeures qui ressortent de la consultation des experts, en gras au-dessus de la photo en début de chaque chapitre ;
- les points de divergence en italique au début de chaque chapitre ;
- les observations et préoccupations (objectives et subjectives) relatives à la situation actuelle, formulées par les experts, classées par thématique ;
- une énumération des besoins exprimés par les experts, classés par thématique (pas forcément directement liés aux observations) ;
- ainsi qu'une série de pistes d'action concrètes, exprimées par les experts et mises en lien avec les besoins.

Thématique

Idées majeures

Points de divergence

Image

Observations et préoccupations

○ Éléments pointés par les experts

« Citations »

Besoins et pistes d'action

(N°) Besoins pointés par les experts

→ Pistes d'action pointées par les experts.

Des recoupements entre les différents chapitres sont évidents. Les redondances sont inévitables vu l'intrication des thématiques.

Éléments d'analyse

En préambule, il est important de souligner l'ampleur de la tâche. Non seulement l'objectif d'inspirer une « politique wallonne de santé mentale » est ambitieux mais, de plus, l'angle d'approche utilisé, visant à démarrer le projet par la base, en questionnant sur les déterminants et les besoins, est très vaste. Le résultat est **un recueil** riche et touffu de besoins et de pistes d'action qui sont autant de points de repères pouvant inspirer une politique de santé mentale.

Se pencher sur le secteur de la Santé Mentale a finalement mené à investiguer beaucoup de secteurs connexes. En soi, il s'agit d'un résultat en tant que tel de ce travail : **parler de santé mentale implique de s'intéresser à tous les domaines de la vie**. Au risque toutefois de « pathologiser » ce qui fait partie par essence de la condition humaine, à savoir, la souffrance. Il s'agit là d'un enjeu majeur dont il faut tenir compte pour une politique de santé mentale : quels en sont les contours ? Tout en pointant les responsabilités partagées en matière de décisions politiques notamment.

Au niveau méthodologique, l'analyse met en évidence quelques limites et points forts des choix effectués.

Au niveau quantitatif, les données chiffrées permettent de mettre en évidence les thématiques les plus abordées et d'en dégager les sujets essentiels aux yeux des professionnels.

Au niveau qualitatif, afin de répondre à l'objectif fixé, une première lecture en termes de consensus et points de divergence est nécessaire. Une seconde lecture permet de mettre en lumière des besoins identifiés par les experts qui se retrouvent à plusieurs endroits du document, permettant ainsi de déceler quelques points prioritaires (« points saillants ») pour une politique wallonne de santé mentale.

Apports et limites de la méthodologie

La méthodologie a permis la libre expression de chacun, ce qu'un groupe de travail ne garantit pas nécessairement, vu les limites des dynamiques de groupe.

Elle permet également la consultation d'un grand nombre d'experts, ce qui ne serait pas possible dans des réunions de travail en face à face. Les experts sont restés dans le processus pour la plupart (taux de réponse : 83% au second questionnaire).

L'optique prise dans le cadre de ce projet était de **mettre en évidence les points de convergence ainsi que les points de divergence** par rapport à une politique de santé mentale en Wallonie, objectif atteint par la méthodologie appliquée.

La méthodologie comporte également certaines limites. Ainsi, les experts, bien que nombreux, issus de champs divers, et représentatifs du secteur (en tant qu'échantillon), ne sont pas les représentants des sous-secteurs concernés. Il leur a été demandé de parler en leur nom propre et non comme représentant d'un secteur donné, d'une fédération, d'une association, d'une organisation ou d'une administration.

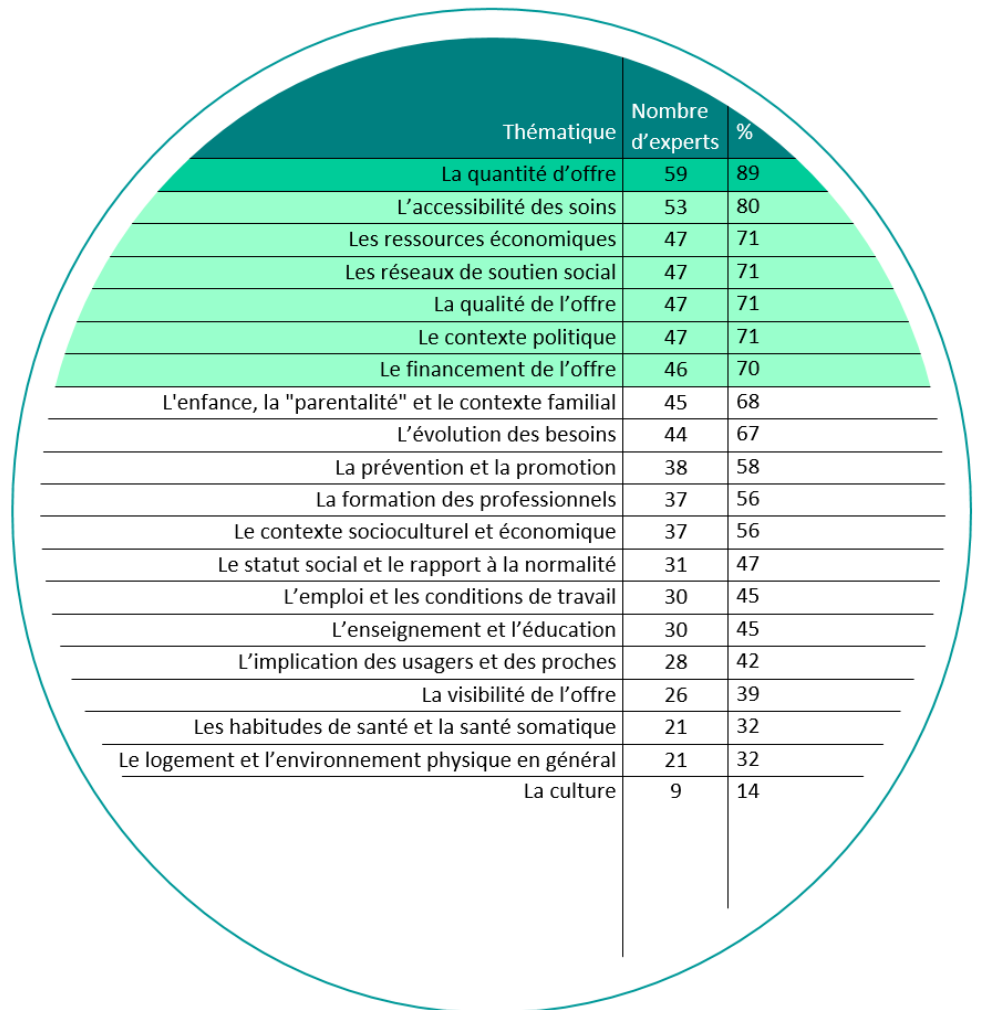
Par ailleurs, les échanges se déroulant par voie écrite ne permettent pas toujours de clarifier les propos ni de vérifier la validité de certaines informations données.

Pour rappel, l'objectif de ce travail est d'obtenir une vision la plus complète possible des différents points de vue relatifs à la politique de santé mentale. Afin de donner à voir l'ensemble des opinions, des positions des experts sur les thématiques abordées, une analyse qualitative a donc été privilégiée. Néanmoins, il est possible de dégager **quelques éléments d'analyse à partir des chiffres** émanant des réponses des experts.

Les chiffres communiqués sont donnés à titre indicatif et **à analyser avec précaution**. Cela pour deux raisons : d'une part car le classement des propos des experts sous les thématiques laisse place à une part de subjectivité, d'autre part car l'échantillon d'experts (66) reste limité.

Les réponses au premier

questionnaire ont été analysées avec l'aide d'un logiciel (Nvivo 11). Ainsi, lorsqu'une idée est mentionnée, celle-ci est classée dans la thématique à laquelle elle se rapporte. Le nombre de participants ayant évoqué des idées sous la thématique en question est calculé. Par exemple, les ressources économiques ont été abordées par 47 participants (sur les 66 répondants). Le lecteur peut ainsi facilement se faire une représentation de l'importance de la catégorie en question. Évidemment, si les ressources économiques ont été évoquées par 47 participants, cela ne nous dit rien des 19 participants qui n'ont pas mentionné ces ressources économiques. De la même façon, nous pouvons voir dans ce rapport que seuls 9 participants ont évoqué la culture, nous ne savons pas ce qu'en pensent les 57 participants qui n'ont pas mentionné cette idée, nous savons juste qu'ils ne l'ont pas mentionnée spontanément dans le cadre des questions posées.



Les réponses sont présentées au sein du tableau par ordre décroissant (des thématiques les plus citées aux moins citées).

En répondant à ce premier questionnaire (qui pour rappel concernait les déterminants de la santé mentale, les besoins de la population, les besoins des professionnels et les priorités), sur un total de 66 experts, respectivement 59 et 53 experts ont évoqué spontanément **(1)** la quantité d'offre et **(2)** l'accessibilité des soins, soit plus de 80% pour chacune de ces deux thématiques. Ce résultat pointe très clairement comme préoccupation majeure du secteur le besoin de développer l'accessibilité et de renforcer l'offre en services de tous types et en professionnels de la santé mentale.

Sont aussi amplement évoqués, par environ 70% des participants, **(3)** les ressources économiques, pointées comme un déterminant crucial de la santé mentale et comme un besoin à la fois pour une vie de qualité et pour accéder aux soins ; **(4)** les réseaux de soutien social mentionnés comme étant mis à mal au sein de la société actuelle et pointés comme une priorité sociétale et une priorité pour les soins ; **(5)** la qualité de l'offre mise en évidence essentiellement à propos du maintien de la diversité des approches et de l'importance de viser la globalité et la continuité des soins ; **(6)** le contexte politique et **(7)** le financement de l'offre sont soulignés en pointant notamment la nécessité de prendre les décisions en concertation avec le secteur, d'élaborer des politiques transversales et de renforcer les financements et les moyens.



Les réponses au second questionnaire peuvent aussi être lues quantitativement. Chaque expert était invité à pointer, au sein de la synthèse issue des réponses au premier questionnaire, les éléments qui leur semblaient les plus importants. Le nombre de participants ayant évoqué un élément repris sous un titre de thématique a donc été comptabilisé. La plupart des participants ayant pointé 5 éléments, comme le questionnaire les y invitait, ce sont 239 éléments qui ont été pointés. Il est à signaler que ce sont, pour la plupart, des éléments (constats ou besoins) qui ont été pointés comme importants, et non la thématique en tant que telle.

De même que pour le tableau précédent, les réponses sont présentées par ordre décroissant (des thématiques les plus pointées aux moins pointées).

Les pourcentages moins élevés qu'au sein du précédent tableau s'expliquent par le fait que le second questionnaire invitait les experts à pointer 5 éléments, alors que les réponses ouvertes du premier questionnaire ne posaient aucune limite.

Au sein des réponses au second questionnaire, c'est **(1)** le soutien social qui est le plus pointé, par 46% des participants, insistant sur l'importance des liens humains, sociaux et conviviaux ainsi que sur la nécessité de proposer davantage de lieux où construire ces liens (lieux de rencontres, lieux d'accueil, lieux communautaires, lieux de soins, etc.).

Sont aussi amplement pointés, par plus de 30% des participants, **(2)** la qualité de l'offre et **(3)** la quantité d'offre, ce qui renforce les constats effectués à la lecture du premier tableau et installe ces deux thématiques comme primordiales et indissociables.

Enfin, **(4)** l'enfance, la « parentalité » et le contexte familial et **(6)** l'enseignement et l'éducation, sont aussi cités par plus de 30% des experts, soulignant que la jeunesse est un public prioritaire et que tout ce qui l'entoure (parents, Aide à la Jeunesse, enseignement, services de soins, etc.) doit pouvoir bénéficier d'une attention toute particulière et de moyens suffisants.

C Consensus et divergences

Pour analyser les éléments en termes de consensus, il faut partir du postulat, en lien avec la méthodologie choisie, que chaque expert a pris connaissance de l'ensemble du document. La 2^{ème} phase de la démarche leur a donné la possibilité de réagir aux points sur lesquels ils n'étaient éventuellement pas d'accord. On peut donc considérer que **ce qui n'a pas fait l'objet de réaction est considéré comme approuvé**, ce qui représente la grande majorité des éléments exprimés.

Cela étant, certaines idées ne faisant pas l'objet de réactions contraires sont cependant « contredites » implicitement par d'autres idées exprimées ailleurs. C'est ainsi qu'apparaissent des divergences, dont l'expression est possible grâce à la méthodologie privilégiée dans ce projet. Les divergences sont donc parfois implicites, deux idées exprimées à des endroits différents du rapport pouvant entrer en concurrence. Et elles sont parfois explicitement formulées, lorsqu'une idée d'un expert fait l'objet d'une réaction particulière d'un autre expert. Une note permet d'identifier ces points de vue divergents dans le document.

Ces divergences sont non seulement le reflet d'une variété de points de vue sur la question de la santé mentale mais aussi l'expression d'enjeux cruciaux en termes de politique wallonne de santé mentale. En ce sens, le CRéSaM va approfondir quelques-uns de ces points dans une phase ultérieure du projet.

P Points saillants

La lecture de l'ensemble du document permet de saisir toute la complexité du champ investigué. Étant donné le caractère très précis des idées et propositions formulées par les experts, résumer signifie nécessairement perte d'informations et de nuances, pourtant indispensables afin d'appréhender les enjeux relatifs à une politique de santé mentale. Néanmoins, **une lecture transversale** permet de faire ressortir plusieurs points évoqués de façon récurrente au sein du document. Il ne s'agit plus ici de réaliser une analyse quantitative des réponses données par les experts, mais bien de voir ce qui ressort de la lecture des différents chapitres.

Premièrement, la nécessité d'investir dans des politiques permettant de soutenir **le lien social** apparaît comme un déterminant majeur de la santé mentale. La qualité du réseau de soutien social, dans un contexte sociétal d'affaiblissement des structures sociales traditionnelles et de diminution des solidarités, doit guider les orientations politiques à prendre. Il s'agit d'une part de rendre possibles les initiatives allant dans le sens de « davantage de lien » et, d'autre part, d'appuyer tout ce qui peut renforcer la notion de citoyenneté, notamment en termes d'éducation à la citoyenneté ou de citoyenneté dans le cadre d'actions locales.

Ensuite, la nécessité de favoriser les **décloisonnements** est largement mise en avant. Cela concerne d'une part les collaborations intersectorielles sur le terrain, qui se déclinent non seulement dans le travail autour des situations cliniques, mais aussi en termes de soutien des autres secteurs, ou encore de sensibilisation des professionnels de première ligne. Par ailleurs, ce souhait de décloisonnement s'accompagne également d'une attention particulière aux balises nécessaires par rapport aux échanges d'informations, au secret professionnel (partagé). À ce sujet, les avis sont partagés. Certains experts mettent l'accent sur la nécessité que le secret professionnel ne soit pas un frein aux collaborations intersectorielles quand d'autres attirent l'attention sur les limites fixées par le secret professionnel et la nécessité de préserver des espaces d'intimité. D'autre part, la question du décloisonnement concerne également les collaborations entre les différents niveaux de pouvoir et les administrations.

L'accessibilité aux soins fait l'objet d'un chapitre à part entière et se retrouve à différents endroits du rapport. Elle est étroitement liée à la quantité d'offre disponible, aux critères d'admission des services (avec la nécessité de développer des structures d'accès à bas seuil), aux aspects territoriaux (avec la nécessité de soutenir des structures proches du milieu de vie des personnes, de favoriser les ancrages locaux), à la question des délais d'attente pour une prise en charge. L'accessibilité se pose de façon plus accrue encore pour certains publics particulièrement fragilisés ou précarisés et doit se penser en lien avec la question des soins de première ligne et les collaborations entre la première

ligne et le secteur de la Santé Mentale. Un point particulier fait l'objet d'avis contrastés de la part des experts : le statut des psychologues comme professionnels des soins de santé, avec comme corollaire, d'une part la possibilité de remboursement des consultations, et d'autre part, un questionnement sur la notion de soin en santé mentale et de ses limites. De même, la fonction de psychologue de première ligne soulève des réactions contraires : d'une part, l'intérêt d'un tel modèle en termes d'accessibilité aux soins, et d'autre part, la question de la continuité des soins entre première et deuxième ligne.

Étroitement liée à la notion d'accessibilité est affirmée la nécessité de **déstigmatiser** les problèmes de santé mentale et la santé mentale plus globalement, à tous les niveaux, tout en prenant la peine de creuser ce concept parfois utilisé dans des sens divers, d'autant que les problèmes de santé mentale recouvrent des situations qui peuvent être très différentes et que les réponses créent parfois elles-mêmes de la stigmatisation. La déstigmatisation se fait notamment par le biais de campagnes spécifiques d'information, de sensibilisation des médias, ... mais aussi via le développement d'actions et d'initiatives non spécifiquement dédiées aux personnes souffrant de troubles psychiques, ouvertes à tout citoyen.

La **prévention** contribue en partie aussi à la déstigmatisation, et a du reste une importance capitale dans le champ de la Santé Mentale. L'accent est mis ici sur la nécessité de développer ou renforcer la prévention notamment dans le secteur de l'Enseignement, mais aussi en sensibilisant à la dimension de santé mentale dans les divers milieux professionnels et dans les cursus de formation, des médecins généralistes et des enseignants par exemple. Les services de première ligne jouent un rôle indispensable en termes de prévention, en articulation avec les services actifs en matière de santé mentale. Certains experts préconisent ainsi une fonction de prévention dans le chef des services de Santé Mentale, quand d'autres estiment qu'elle relève essentiellement de la première ligne.

De manière à répondre au mieux aux besoins de la population, les experts mettent en évidence la nécessité d'une **souplesse** dans les réglementations et dans les cadres de travail. Les besoins évoluent, les problématiques en santé mentale se complexifient, l'offre doit s'adapter. La notion de flexibilité se joue aussi dans le cadre des collaborations, en particulier intersectorielles.

La participation, l'implication et l'avis des **usagers et des proches** ainsi que de leurs associations représentatives, sont attendus à tous les niveaux, par exemple pour les questions relatives à l'organisation et à l'évaluation de l'offre, ou encore dans les programmes de formation. Pour les usagers, la fonction et le statut de pair-aidant sont notamment mis en exergue. Cette place des usagers et des proches doit être rendue possible par la mise en place de conditions d'accès aux informations et aux différents lieux de concertation autour des politiques de santé mentale.

Et enfin, un point incontournable, qui traverse tout le document : la question de **l'augmentation de l'offre** à tous niveaux et des moyens dévolus non seulement à l'offre de santé mentale mais à tous les secteurs concernés. Dans l'ensemble, pas un seul secteur n'échappe à la nécessité de voir ses ressources augmentées, qu'il s'agisse des services actifs dans le domaine de l'emploi, du logement, du secteur scolaire, de la Prévention, de l'offre de soins en santé mentale (ambulatoire, hospitalière, intermédiaire), du secteur de la Formation, ... L'attribution des moyens financiers au sein du secteur de la Santé Mentale fait débat, de nombreux experts mettent davantage en avant l'ambulatoire et l'extrahospitalier ; certains pointent aussi l'hospitalier.

Ce rapport, fruit de la richesse des réponses proposées par les 66 experts engagés au sein du projet, constitue **un recueil de besoins et de pistes d'action concernant diverses thématiques importantes en santé mentale**. Il est un but en soi. Il propose non seulement des repères au Gouvernement wallon et au secteur mais il se veut également être une base de travail pour :

- L'Autorité régionale, afin de proposer des politiques wallonnes en matière de santé mentale en cohérence avec les besoins exprimés par les différents acteurs concernés.
- Le CRÉSaM, afin de poursuivre le travail. Une nouvelle interpellation des experts, via la même méthode, visera la présentation de nouveaux points de repères sur quelques thématiques plus ciblées.

Sans prendre parti, le CRÉSaM relaie largement l'ensemble des constats et propositions tels qu'exprimés dans l'espoir qu'ils puissent inspirer les orientations futures dans les soins en santé mentale, au bénéfice des usagers. **L'objectif est qu'ils puissent être concrétisés** en termes d'organisation de l'offre et d'attribution de moyens, et traduits dans des cadres législatifs appropriés.

Étant donné le caractère éminemment transectoriel du champ de la santé mentale, si on considère l'ensemble des déterminants de la santé mentale, ces repères s'adressent non seulement à l'Autorité régionale en charge de cette matière, mais aussi aux différentes Autorités en charge des secteurs évoqués dans ce document. D'autant plus que les conférences interministérielles relatives à la réforme des soins de santé mentale pour adultes¹ et à la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents² impliquent une responsabilité à tous les niveaux de pouvoir. Ce qui relève de l'autorité fédérale n'est donc pas sans incidence sur les politiques régionales, bien au contraire. **Il y va de la responsabilité de chacun d'attirer l'attention des différents niveaux de pouvoir quant aux incontournables repères pour une politique de santé mentale.**

¹ www.psy107.be

² www.psy0-18.be

1.

Le contexte socioculturel et économique

Les valeurs sociétales et culturelles sont en évolution, en changement, de manière de plus en plus rapide.

Le contexte socioculturel et économique a des répercussions sur la santé mentale des individus. Il est donc nécessaire d'agir sur la société et sur les valeurs qu'elle véhicule pour développer un contexte favorable à des répercussions positives sur la santé mentale en général.

Il est nécessaire de trouver aussi des réponses sociales (logement, emploi, éducation, etc.) aux problèmes de santé mentale et pas seulement des réponses médico-psychologiques.

Le respect des diversités et la non exclusion doivent être garantis, quelle que soit l'évolution du contexte (pressions consuméristes, nouvelles technologies, responsabilisations, etc.).



1.1. Les effets de la postmodernité et du néolibéralisme

Observations et préoccupations

- Manque de sens et de repères culturels, identitaires, idéologiques, politiques, etc. ;
- Affaiblissement des structures sociales traditionnelles (famille, quartier, vie associative) ;
- Précarisation des individus, de leur situation économique et professionnelle, de leur capacité à se projeter dans l'avenir, etc. ;
- Progression d'un individualisme peu empathique en parallèle d'un affaiblissement de la solidarité ;
- Déresponsabilisation de la société et responsabilisation de l'individu ;
- Pression consumériste ;
- Rapport au temps rendu plus stressant par l'injonction d'efficacité et de performance : cumuler les casquettes de travailleur efficace, de « super parent », etc. ;
- Risques liés à l'évolution du contexte socioculturel et économique (manque de sens, précarité, etc.) : phénomènes de radicalisation, délinquance, abrutissement médiatique, dépression, drogue et alcool, suicide, etc. ;
- Déplacement progressif d'une demande d'aide psychosociale vers une demande de soins faute de réponse sociale adéquate.

« Nous passons d'une période, héritée des Lumières, durant laquelle le futur était vu comme porteur de la promesse d'un progrès scientifique, politique et social, de la promesse d'une maîtrise de plus en plus grande de l'environnement, donc d'une forme de toute-puissance, à une période où est ressentie une grande impuissance face à la complexité du monde. Dans ce contexte que Benasayag, reprenant Spinoza, nomme « des passions tristes »³, il est difficile pour beaucoup de personnes de donner sens à leur vie. »

« Selon un article de Marianne Prévost « la précarité traverse l'ensemble de la société néolibérale et post-moderne : cette société est précaire, dans la mesure où la pensée de la perte possible ou avérée des objets sociaux est omniprésente ; une fois installée, la peur de perdre draine la perte de confiance en l'avenir et dans la société »⁴. Et pour Jean Furtos : « Il existe une précarité qui ne crée pas de lien, mais de l'isolement, de la paranoïa, de la mélancolie sociale, et que l'on observe dans le climat international de la mondialisation des flux d'argent, des biens et des personnes, produisant des effets très ressemblants en France, à Bamako ou en Australie »⁵ »

Besoins et pistes d'action

(1) Besoin de points de repères, de sens, de structure, de supports, etc.

- Développer les habitats groupés ;
- Développer les lieux de rencontres intergénérationnels ;
- Voir 6. Les réseaux de soutien social ;
- Voir 7. L'enfance, la « parentalité » et le contexte familial.

(2) Besoin de sécurité sociale et économique. Besoin de permettre à la population d'accéder à un niveau minimum de satisfaction des besoins

- Viser une meilleure répartition des richesses ;
- Renforcer le budget de l'action sociale ;
- Voir 2. Les ressources économiques ;
- Voir 4. L'emploi et les conditions de travail ;
- Voir 5. Le logement et l'environnement physique en général.

³ Benasayag M. et Schmit G., *Les Passions tristes : souffrance psychique et crise sociale*. Paris, La Découverte, 2003.

⁴ *Souffrance et société*. In : Mental'Idées, n° 11, 2007.

⁵ Furtos J. et Laval C., *L'Individu postmoderne et sa souffrance dans un contexte de précarité : introduction à une clinique de la disparition*. In : Confrontations Psychiatriques, n° 39, 1998.

(3) Besoin d'humanité et de solidarité

- Développer des lieux de solidarité ;
- Voir 6. Les réseaux de soutien social.

(4) Besoin d'éducation, de formation, de réflexion pour permettre à la population de se positionner et de prendre du recul face au discours prônant la consommation, la performance, la responsabilisation, etc.

- S'appuyer sur l'école pour travailler l'esprit critique – Voir 8. L'enseignement et l'éducation ;
- Sensibiliser et éduquer dès le plus jeune âge à la gestion et à la critique des médias ;
- Sensibiliser les professionnels des médias aux impacts des contenus qu'ils diffusent ;
- Développer des approches centrées sur le développement du pouvoir d'agir (DPA-PC) développées par Yann Le Bossé⁶.

(5) Besoin de respect de la diversité et de la différence

- Construire de réelles politiques inclusives, dans tous les domaines (logement, emploi, etc.) et particulièrement dans le domaine de la santé et de la santé mentale.

1.2. Les effets de la nouvelle donne technologique

Observations et préoccupations

- Outils du quotidien (Technologies de l'Information et de la Communication) complexes et en perpétuelle évolution, laissant certaines personnes sur la touche ;
- Modification des contours de l'intimité ;
- Nouveaux moyens de communication qui ne se mettent pas toujours au service du lien social.

« A la violence de l'exclusion répond ma violence mentale. Violence verbale aussi, que les outils numériques me permettent d'exprimer avec le sentiment que ma douleur hargneuse et ma colère haineuse sont légitimes. Et sans voir que je contribue à cette destruction du lien social qui me détruit moi-même. »

Besoins et pistes d'action

(6) Besoin d'un accès aux nouvelles technologies pour toute la population

(7) Besoin d'éducation, de formation pour permettre à la population de se situer face au discours véhiculé par les médias et renforcé par les nouvelles technologies

- Développer, un système de veille sur les informations diffusées au sein des médias et mettre en place des réactions (sensibilisation, prévention, contre-information, etc.) si nécessaire ;
- Proposer une information et une formation « citoyennes » au sujet de l'influence et des sollicitations véhiculées par les médias ;
- S'appuyer sur l'école pour travailler l'esprit critique - Voir 8. L'enseignement et l'éducation.

⁶ Yann Le Bossé est professeur titulaire au département des fondements et pratiques en éducation de l'Université Laval. Depuis 20 ans, ses travaux sont entièrement consacrés au phénomène du développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités dans ses aspects fondamentaux et appliqués - <https://www.fse.ulaval.ca/cv/Yann.LeBosse/publications/>

La précarité financière peut être la cause et/ou la conséquence des troubles de santé mentale.

Les moyens financiers sont nécessaires à la satisfaction des besoins de la population, en ce compris les besoins sociaux et les besoins concernant spécifiquement la santé mentale.

Les ressources économiques sont étroitement liées à l'emploi - Voir 4. L'emploi et les conditions de travail.

Les ressources économiques et le pouvoir d'achat influencent l'accessibilité aux soins - Voir 11.4 L'accessibilité de l'offre.



Observations et préoccupations

- Paupérisation d'une partie de la population et augmentation de la précarité économique en général ;
- Risque de désaffiliation sociale liée à la paupérisation et au climat d'insécurité généralisé (revenu, emploi, etc.) ;
- Difficultés financières limitant l'autonomie des personnes (mobilité, logement, etc.) ainsi que l'accès aux soins, à la culture, à l'éducation, etc.

« Nous sommes témoins de la paupérisation de la population qui s'adresse à nous et de sa marginalisation. Des pauvres toujours plus pauvres et des riches toujours plus riches. »

« Par où commencer la prise en charge ? La sécurité économique ne se décrète pas, mais peut-être peut-on travailler à la construction d'îlots de sécurité économique et donc psychique. Comme un maillage qui s'étendrait d'îlots en îlots. »

« le lien entre précarité et troubles de santé mentale est évident. Cela marche dans les 2 sens : la précarité induit ou aggrave des problèmes de santé mentale, et les problèmes de santé mentale engendrent de la précarité. C'est un cercle vicieux. »

Besoins et pistes d'action

(8) Besoin d'une protection sociale, de conditions financières décentes, c'est-à-dire d'un revenu suffisant, sécurisé et stabilisé

- Garantir un revenu minimum universel ;
- Augmenter le revenu minimum ;
- Développer le revenu de référence (voir les recherches de Philippe Defeyt⁷ et Philippe Van Parijs⁸) ;
- Légiférer sur l'individualisation et l'inconditionnalité des droits sociaux ;
- Supprimer le taux cohabitant.

(9) Besoin de revenus garantis en cas de problèmes majeurs liés à la santé mentale

- Proposer un statut spécifique pour les personnes particulièrement fragilisées sur le plan de la santé mentale.

⁷ Defeyt Ph. et Boulanger P.-M., *Capital social et bénévolat*. In : Pensée plurielle, n° 9, 2005/1.

⁸ Van Parijs Ph. et Vanderborght Y., *L'Allocation universelle*. Paris, La Découverte, 2005.

Soutenir les possibilités d'activités reconnues socialement permet d'accéder à un statut social ou de le renforcer.

Les actions en faveur de la déstigmatisation sont à valoriser.

Le statut social, le sentiment d'affiliation sociale et le sentiment d'utilité peuvent être fragilisés par le non-emploi, par la pauvreté et la précarité, etc. - Voir 2. Les ressources économiques et 4. L'emploi et les conditions de travail.



Observations et préoccupations

- Rôle délétère des discriminations (genre, orientation sexuelle, ethnie, handicap, troubles ou maladies mentales, etc.) ;
- Pression sociale trop importante⁹ ;
- Impact négatif paradoxal de certaines injonctions sociales (être heureux, être fort, être performant, etc.).

« La promotion du bonheur, c'est faire croire, laisser penser, que la vie n'est que bonheur, que le bonheur est toujours accessible. Or, les embuches, les frustrations, les deuils, etc. à traverser et à vivre, c'est ce qui fait l'humanité. »

Besoins et pistes d'action

(10) Besoin de reconnaissance sociale pour tous

(11) Besoin de favoriser (notamment pour les personnes en incapacité de travail) la participation à des activités reconnues socialement (pas forcément un emploi) permettant l'intégration socioculturelle

- Développer des initiatives locales qui remettent l'individu en action et en lien, qui augmentent le sentiment de bien-être, qui améliorent le climat social, qui développent la citoyenneté, etc. ;
- Favoriser et accompagner l'accès à des activités non rémunérées (volontariat, etc.) : créer une fonction d'aide à la recherche de bénévolat ;
- Mettre en place, par exemple au niveau des communes, un répertoire d'activités de socialisation (bénévolats, ateliers occupationnels et de réinsertion, activités citoyennes, etc.) ;
- Développer la réhabilitation par l'agriculture sociale¹⁰ en milieu rural (politique d'agriculture sociale cofinancée par la DG03¹¹ et l'AVIQ¹²). Offrir aux agriculteurs un agrément pour l'accueil de personnes fragilisées par la prescription de « soins-verts ».

(12) Besoin de lutter contre toutes les formes de stigmatisation et de discrimination

- Développer l'information du public sur la différence (déstigmatisation) via des médias artistiques (expos, films, débats, arts) et des médias d'information (internet, journaux, etc.) ;
- Organiser des modalités d'accueil dans les services publics afin que tous les publics puissent être accueillis au regard des principes d'égalité de chance et de non-discrimination ;
- Former les professionnels pour répondre aux besoins de tous selon le principe de l'inclusion.

(13) Besoin de lutter contre la stigmatisation et la discrimination spécifiques à la santé mentale

- Créer des campagnes de sensibilisation, de déstigmatisation et d'information dans différents lieux : chez le médecin traitant, dans le milieu du travail, dans le milieu scolaire, dans les médias, parmi les professionnels du soin, etc. afin de lutter contre l'exclusion.

⁹ Est cité pour mettre cela en évidence : *Burning Out*, documentaire de Le Maire J. (Belgique, 2017, 86 min.).

¹⁰ <http://www.saw-b.be/spip/Agriculture-sociale>

¹¹ Direction Générale Opérationnelle Agriculture, Ressources naturelles et Environnement - <http://environnement.wallonie.be/administration/dgo3.htm>

¹² Agence pour une Vie de Qualité - www.aviq.be

4.

L'emploi et les conditions de travail

L'accès à un emploi constitue un déterminant essentiel de la santé mentale.

La qualité des conditions de travail a un impact sur la santé mentale.

L'accompagnement à la réinsertion professionnelle des personnes présentant des problèmes de santé mentale doit être renforcé.

Les personnes présentant des problèmes de santé mentale doivent pouvoir compter sur des aménagements de leur poste de travail, tenant compte de leurs besoins spécifiques.

Il est nécessaire de coordonner les intervenants afin de faire le lien entre emploi (ou activité) et santé mentale.



Observations et préoccupations

- Taux de chômage très important et difficultés d'accès à l'emploi ;
- Difficultés à obtenir des aides sociales en cas de non-emploi : les revenus de remplacement et l'aide des Centres Publics d'Action Sociale (CPAS) ne sont plus inconditionnels ;
- Augmentation de la pression pour la « mise à l'emploi » ;
- Nombreuses pertes d'emplois, précarité importante de l'emploi, recours plus fréquent aux contrats précaires (intérim, remplacements, etc.). Ce qui engendre un sentiment général d'insécurité ;
- Manque de moyens des services d'intégration professionnelle (ISP) pour la prise en charge de personnes souffrant de pathologies psychiatriques ;
- Difficultés des services ISP liées aux enjeux de rentabilité ;
- Conditions de travail parfois difficiles : management agressif, flexibilité, surcharge de travail, problèmes relationnels sur le lieu de travail, stress et anxiété, mal-être, etc. ;
- Difficulté à concilier vie professionnelle et vie personnelle (familiale) ;
- Exclusion des dispositifs sociaux accentuée par une politique exigeant des investissements individuels qui ne sont pas adéquats avec les compétences des personnes.

« Au niveau professionnel, il y a ceux qui travaillent trop et ceux qui ne travaillent pas. Ceux qui travaillent trop finissent souvent en burnout ou dans diverses pathologies psychosomatiques. Ceux qui ne travaillent pas sont aux prises avec le sentiment de culpabilité et la honte sociale. »

« Aujourd'hui chacun a la charge de devenir l'entrepreneur de sa vie, chose qui n'est pas donnée à tous. Les personnes sont devenues activables, et quand elles ont la chance de pouvoir travailler, elles se vivent comme « machinisées » par des procédures de travail qui souvent ne font plus sens. »

Besoins et pistes d'action

(14) Besoin de droits sociaux et de sécurité en ce qui concerne l'emploi

- Améliorer les conditions de travail en général ;
- Reconstruire des collectifs de négociation au travail.

(15) Besoin de faciliter l'accès à l'emploi

- Renforcer les secteurs de l'Enseignement et de la Formation ;
- Elaborer une politique active de réorientation et réinsertion professionnelles.

(16) Besoin d'emplois qui font sens et permettent la socialisation

- Stimuler les pouvoirs publics locaux et les associations à développer ce type d'emploi (par exemple dans le secteur Environnement, Rénovation de bâtiments, Culture, etc.). Expérimenter cette voie par la mise en place de projets pilotes.

(17) Besoin d'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, besoin de réduire le stress engendré par les difficultés de concilier vie privée et vie professionnelle

- Développer la sensibilisation et la prévention concernant le burnout ;
- Favoriser concrètement les moments de décompression ;
- Augmenter les lieux de garderies, crèches, écoles de devoirs ;
- Favoriser la mobilité professionnelle au sein des entreprises ;
- Encourager le télétravail.

(18) Besoin de renforcer la prévention au sein des milieux du travail

- Renforcer la promotion de la santé mentale, du bien-être au travail ;
- Faciliter le repérage des situations de stress et la mise en place de réponses.

(19) Besoin d'une plus grande collaboration entre les professionnels de la Santé Mentale et ceux de l'Emploi et de la Réinsertion¹³

- Mettre à jour la réglementation sur le bien-être au travail ;
- Améliorer la prise en charge de certaines problématiques courantes dans le monde du travail comme la dépression, le burnout, l'alcoolisme, le stress, le suicide, etc. ;
- Mettre en place des dispositifs de prévention en santé mentale dans les entreprises : prise en charge sérieuse des problématiques de harcèlement, de burnout, d'épuisement professionnel, etc. ;
- Proposer des formations sérieuses au sujet du bien-être au travail et des problématiques de santé mentale liées à l'emploi ;
- Renforcer le rôle actif du médecin du travail (comme par exemple, dans la Convention collective 100¹⁴ concernant la mise en œuvre d'une politique préventive en matière de drogues et d'alcool dans l'entreprise) ;
- Développer une réflexion sur les questions de management en lien avec la réinsertion socioprofessionnelle ;
- Organiser des formations au FOREM¹⁵ et dans d'autres organismes de réinsertion ou d'aide à l'emploi.

(20) Besoin de conditions de travail adaptées pour les personnes avec des problèmes de santé mentale

- Renforcer l'offre en travail adapté ;
- Sensibiliser le secteur de l'Emploi à la maladie mentale afin d'adapter le niveau d'exigence, en termes de rentabilité, en fonction de la personne ;
- Faciliter via des réglementations la reprise du travail de la personne ayant rencontré des problèmes de santé mentale. Par exemple : des horaires adaptés, des possibilités « d'essais et erreurs » sans conséquences sur le contrat, etc.

(21) Besoin d'accompagnement spécifique sur le long terme à la réinsertion professionnelle des personnes ayant des troubles de santé mentale

- Augmenter le temps de travail et la formation des « job coaches » du FOREM afin qu'ils puissent mieux accompagner la réinsertion professionnelle des personnes ayant des problèmes de santé mentale ;
- Augmenter les moyens des services de réinsertion professionnelle ;
- Développer des projets spécifiques de réinsertion socioprofessionnelle tels Socrate¹⁶ à Charleroi ou article 23¹⁷ à Liège ;
- Clarifier le statut des personnes inaptes au travail et leur assurer un revenu minimum. Par cela diminuer la pression qui aggrave parfois les problèmes de santé mentale ;
- Sensibiliser les médecins conseils aux problématiques de santé mentale afin d'éviter des remises au travail inadaptées de personnes souffrant de troubles mentaux ;
- Développer l'accompagnement vers les alternatives à l'emploi (volontariat, entreprise de travail adapté, temps partiel, réorientation).

¹³ Voir le Rapport de l'OCDE. *Fit Mind, Fit Job : from Evidence to Practice in Mental Health and Work*. Paris, OCDE, 2015.

¹⁴ <http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=24098>

¹⁵ Service public wallon de l'Emploi et de la Formation - www.leforem.be

¹⁶ www.espace-socrate.com

¹⁷ www.article23.eu

5.

Le logement et l'environnement physique en général

L'accès à un logement de qualité suffisant et abordable financièrement est un droit fondamental.

Les difficultés liées au logement peuvent avoir des répercussions sur la santé mentale.

L'accompagnement et le soin sur le lieu de vie sont fondamentaux et doivent être développés.

Point de divergence

L'accès à un logement est essentiel au rétablissement des personnes rencontrant une problématique de santé mentale. Pour certains, il est même considéré comme une priorité, comme la première étape, rendant possible le soin, permettant de construire un réseau et d'investir une vie relationnelle. C'est la notion de Housing-first (sans logement, les prises en charge et les soins sont souvent illusoires). À contrario, pour d'autres, le logement est une étape majeure, mais parmi d'autres, et le soin est aussi possible et nécessaire avant le logement. En ce sens, un autre ordre de priorité est alors proposé : d'abord créer du logement, ensuite de l'accompagnement au logement, enfin le modèle Housing-first.



Observations et préoccupations

- Plus les personnes se trouvent dans des conditions financières précaires, plus le nombre de logements qui leur est accessible diminue ;
- Nombre de logements sociaux insuffisant ;
- Promiscuité, coût élevé des loyers, insalubrité, etc. de nombreux éléments influencent négativement la santé mentale ;
- Logement inadapté constituant une source de stress à plusieurs niveaux : sécurité, finances (loyer, emprunt, charges, factures), architecture (accès à l'extérieur), entretien, etc. ;
- Catégories de la population victimes de préjugés et de discrimination en matière d'accessibilité aux logements.

« le droit fondamental de la personne humaine à un logement convenable est le droit de tout homme, femme, jeune et enfant d'obtenir et de conserver un logement sûr dans une communauté où il puisse vivre en paix et dans la dignité »

Besoins et pistes d'action

(22) Besoin d'augmenter l'offre de logement à prix modéré

- Dégager des moyens pour un soutien au logement.

(23) Besoin de développer une solidarité ancrée dans l'habitat

- Informer la population afin de lutter contre les préjugés et la discrimination ;
- Permettre les initiatives originales et novatrices en matière de logement sans impact sur les droits sociaux ;
- Renforcer l'offre de logements sociaux inclusive (qui vise donc l'inclusion et la mixité sociale), notamment via les agences sociales immobilières, les habitats collectifs, etc.

(24) Besoin de déployer un accompagnement au logement

- Renforcer les moyens octroyés aux Agences Immobilières Sociales pour le développement de leurs missions, particulièrement pour l'accompagnement des locataires dans la gestion de leur logement ;
- Proposer un accompagnement soucieux de ne pas aggraver les situations par l'exercice d'un contrôle. Veiller à ce que l'accès au logement ne devienne pas une forme de responsabilisation dissimulée (accéder à un logement décent peut être une charge psychologique) ;
- Développer des services « logement » sensibles à l'importance du lieu de vie dans sa fonction psychique : lieu de vie à partir duquel on peut construire une vie sociale qui ait du sens (habiter loin de ses amis, de sa famille, de la forêt où on se ressource, dans un quartier qui n'incite pas à sortir, peut avoir des conséquences négatives sur le bien-être et la santé mentale) ;
- Renforcer l'accompagnement psycho-social des personnes sans domicile fixe.

(25) Besoin de porter une attention toute particulière à l'accès au logement pour les personnes ayant des difficultés psychologiques

- Promouvoir le « Housing First » ;
- Proposer un meilleur encadrement, au sein des lieux de vie des personnes souffrant de troubles psychiques, par exemple par des équipes mobiles ;
- Impliquer les proches dans l'entièreté du parcours de soins y compris dans le projet de logement ;
- Utiliser les financements engendrés par les fermetures des lits en hôpital pour la création de logements adaptés aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale ;
- Ouvrir des hébergements spécialisés pour les personnes âgées (de type maison de soins psychiatrique gériatrique) ;
- Voir 11. 5 La quantité d'offre.

6.

Les réseaux de soutien social

La santé psychique est indissociable de la santé sociale.

Les liens et les relations sont une priorité pour la société en général.

Les liens et les relations sont une priorité pour les soins.

Les lieux, dispositifs, activités, ... permettant de renforcer le tissu social doivent être soutenus et développés.

Les réseaux de soutien familial font partie du réseau de soutien social - Voir 8. L'enfance, la « parentalité » et le contexte familial.



Observations et préoccupations

- Individualisme croissant ;
- Affaiblissement du soutien proposé par les réseaux sociaux traditionnels (familles, quartiers, vie associative, etc.) ;
- Diminution des relations sociales de proximité et rétrécissement de l'espace public partagé pour un repli sur l'espace privé ;
- Judiciarisation croissante du lien social ;
- Appropriation par l'État de champs toujours plus importants de la vie privée ;
- Fragilisations sociétales conduisant à peu d'estime de soi. Le manque d'estime de soi peut amener la personne à s'exclure de la société.

« Les relations humaines chaleureuses manquent, les réseaux de soutien social se raréfient, l'isolement social et la solitude s'amplifient, le lien s'effiloche. »

« On a assisté à un repli sur soi de ces personnes souffrant de pathologies mentales. Les seuls liens sont devenus thérapeutiques. Et le système médico-social s'est organisé pour les extraire aussi en leur apportant soins et services à domicile »

Besoins et pistes d'action

(26) Besoin d'insertion sociale, d'inclusion sociale et de lutte contre l'exclusion

- Créer des initiatives locales d'actions bénévoles et citoyennes dans les domaines de l'art, de l'écocitoyenneté, de la protection de la nature, etc. ;
- Augmenter les moyens des Plans de cohésion sociale communaux.

(27) Besoin de stimuler le lien social, de solidarité, de lutter contre la solitude et l'isolement

- Promouvoir la capacité d'être en lien social ;
- Développer la prévention pour contrer l'isolement ;
- Augmenter les moyens et l'attention (par exemple dans les écoles, les services sociaux, etc.) afin de détecter l'isolement, la mise à l'écart ;
- Développer des cours de citoyenneté ou des débats philosophiques pour mélanger et multiplier les regards et partager les savoirs ;
- Renforcer les lieux et les activités favorisant la convivialité et le rétablissement du tissu social : déploiement des démarches communautaires, des initiatives de partage de l'espace public, facilitation de l'accès aux clubs sportifs (notamment par des cours sportifs « suspendus », à l'instar des cafés « suspendus » (achat de consommations en double en mettant la deuxième à disposition des plus démunis), développement d'activités qui réunissent des voisins, des personnes âgées isolées et des enfants (par exemple potager collectif) ;
- Elaborer un dispositif communal dans tous les quartiers afin de garantir la présence de « dynamiseurs-médiateurs » qui facilitent la mise en lien des habitants, qui accompagnent dans la démarche d'« aller vers les autres », vers les personnes les plus isolées et encouragent le « faire ensemble » ;
- Développer des lieux d'accueil, de parole et d'entraide au sein des communes ;
- Dynamiser les maisons de quartiers ;
- Favoriser le partage de savoirs via la création d'associations qui permettent à chacun de proposer ses compétences, ses savoir-faire et de rencontrer des gens ;
- Faire appel aux autorités communales, aux professionnels et à la population pour créer des espaces communs, des lieux publics soutenant le « vivre ensemble », dans une dynamique de co-construction ;
- Développer des modules accessibles de formation concernant l'estime de soi, l'expression de soi, la communication avec autrui, etc. ;
- Proposer une éducation positive en misant sur les ressources de l'individu.

(28) Besoin d'informer la population pour déstigmatiser les personnes en souffrance psychique, les personnes bénéficiant de soins en santé mentale afin de limiter leur exclusion

- Organiser des journées « portes ouvertes » ou des activités artistiques, par exemple dans les hôpitaux psychiatriques, pour que la population puisse se familiariser avec ce secteur.

(29) Besoin d'une attention particulière aux personnes isolées, exclues, non insérées socialement, en errance ou en désinsertion, etc.

- Adjoindre aux travailleurs sociaux (des Centres Publics d'Action Sociale (CPAS) par exemple) des personnes sensibilisées et spécialisées pouvant prendre en charge le problème d'isolement des personnes et les effets de la spirale négative due à cet isolement ;
- Privilégier les accompagnements individualisés ;
- S'appuyer sur le soutien de bénévoles ayant déjà une compétence en ce domaine ou ayant consenti à une formation.

(30) Besoin d'une attention particulière aux personnes rencontrant des problèmes de santé mentale

- Développer des espaces d'échanges, de convivialité, de rencontre et de soins entre pairs, également ouverts à des personnes qui ne sont pas usagères de la santé mentale (club d'entraide, café sans alcool, etc.). Et y laisser place à l'investissement des usagers (tenir le bar, faire une soupe, entretenir le local, proposer une initiative, etc.) ;
- Développer des espaces qui permettent de refaire du lien et de développer un sentiment d'appartenance en participant à des activités à caractère artistique, créatif, culturel, écoenvironnemental, pédagogique, etc. ;
- Renforcer tous les services d'aide, de soins, de socialisation de première ligne ;
- Développer davantage de petites structures intégrées dans la communauté, proches du milieu de vie du patient ;
- Soutenir la création de lieux d'accueil « bas seuil » ;
- Elaborer un décret afin de reconnaître toutes les structures et les lieux de socialisation ;
- Augmenter le nombre d'ateliers de réinsertion, le nombre de clubs « thérapeutiques » ;
- Elaborer des programmes de santé communautaire par le biais des Maisons Médicales ;
- Augmenter les possibilités d'aller à la rencontre de l'utilisateur dans son isolement, de l'accompagner et de l'aider à retisser du lien en respectant son rythme.

(31) Besoin de donner aux intervenants du soin la possibilité de placer au centre de leurs pratiques thérapeutiques la relation et la qualité du lien humain

- Voir 10.6. La qualité de l'offre.

7.

L'enfance, la « parentalité » et le contexte familial

L'enfance et la jeunesse sont des périodes déterminantes dans le devenir de l'individu auxquelles il faut accorder une attention particulière.

La question de la parentalité et du soutien à la parentalité est essentielle car les parents ont un rôle clé : ils sont des déterminants majeurs du bien-être et de l'évolution de l'enfant.

Le soutien à la parentalité doit être réalisé de façon préventive (par exemple envers les familles précarisées, envers les familles des enfants en bas âge, etc.)



Observations et préoccupations

- Importance du développement durant l'enfance : l'enfant est totalement dépendant de l'environnement qui lui est offert ;
- Fragilisation des liens familiaux et affaiblissement des solidarités intrafamiliales ;
- Nucléarisation de plus en plus importante des liens familiaux. Les familles élargies sont moins présentes. Les liens intergénérationnels sont fragilisés ;
- Multiplication des modèles familiaux, manque de repères, manque de pères (déclin de la fonction paternelle au sein de la société) ;
- Parents très sollicités par la vie active. Cela ne facilite pas leur rôle de parents. Or, ce sont eux qui vont détecter la souffrance d'un enfant ou d'un jeune (tout comme d'ailleurs celle d'un parent âgé) ;
- Éducation donnée aux enfants pouvant constituer la source de problèmes tels que le manque de motivation, le manque de cadre et de structuration, le besoin d'avoir et d'être dans l'immédiateté, etc.

« Plus tôt le problème est repéré, plus de chance le jeune aura de se rétablir »

« Passer de femme à femme-mère ou d'homme à homme-père ne se fait pas sans bouleversement et réorganisation psychique. Une attention particulière à ce public et un soutien bienveillant dans cette mutation permet de développer de nouvelles compétences. »

« La période périnatale et les bouleversements psychiques et hormonaux qu'elle entraîne reste une période à risque pour certaines personnes plus fragilisées sur le plan psychique. »

« Le jeune enfant est totalement dépendant de l'environnement qui lui est offert. »

Besoins et pistes d'action

(32) Besoin d'un travail de prévention pour soutenir le bien-être et la communication en famille, les liens familiaux et la transmission intergénérationnelle

(33) Besoin d'accompagnement et de soutien à la parentalité

- Informer et former les parents à la parentalité ;
- Créer un service civil citoyen afin que chaque parent passe un peu de temps à l'école et puisse ainsi expérimenter et partager au sujet de l'enfance ;
- S'appuyer sur des services de prévention et de soutien à la parentalité (tels « le petit vélo jaune »)¹⁸ ;
- Mettre en place des structures de soutien aux parents et aux enseignants avec pour objectif d'éviter les dérives identitaires et extrémistes ainsi que de favoriser certaines valeurs telles le respect, la solidarité, etc. ;
- Développer les services psycho-sociaux pouvant intervenir en famille (comme les Services d'Aide et d'Intervention Educative, Centres d'Orientation Educative, etc.) et ne pas les limiter à une accessibilité nécessitant l'ouverture d'un dossier au Service d'Aide à la Jeunesse ;
- Développer un soutien spécifique pour les parents fragilisés, les familles monoparentales, les parents durant la période périnatale, etc. ;
- Lutter contre l'aliénation parentale en s'inspirant du modèle de « Cochem »¹⁹ ;
- Traiter plus précocement certains sujets comme l'assuétude, les violences intrafamiliales, etc.

¹⁸ L'ASBL « Le petit vélo jaune » à Bruxelles est un service de prévention et de soutien à la parentalité qui propose un accompagnement régulier et à long terme de jeunes ou nouveaux parents en situation de fragilité et/ou d'isolement et qui se sentent démunis ou inquiets face à la naissance de leur enfant.

¹⁹ Le « modèle de Cochem » ou « pratique de Cochem » est un modèle d'inspiration allemande défini comme « un système de coopération ordonnée consistant en une gestion interdisciplinaire et rapide d'une séparation dans laquelle les parents sont responsabilisés en vue de trouver un accord pour le bien-être de l'enfant ».

(34) **Besoin de mesures concrètes d'aide matérielle et financière aux familles, notamment pour une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie familiale**

- Renforcer l'offre d'accueil du tout-petit : assouplir les horaires des gardiennes et des crèches, augmenter le nombre de crèches mais aussi de lieux de rencontre et autres, créer des crèches sur les lieux de travail, etc. ;
- Augmenter le temps d'hospitalisation lors de l'accouchement ;
- Permettre une plus grande déductibilité fiscale quant aux gardes d'enfants et aux titres services pour les parents qui travaillent ;
- Permettre une adaptation du travail et des heures de travail pour les parents ;
- Proposer des congés de maternité et de paternité plus longs ;
- Proposer des congés parentaux avec des revenus plus importants ;
- Elaborer un statut reconnu de parent au foyer ;
- Augmenter la reconnaissance de l'implication privée et collective dans l'éducation des enfants via une allocation parentale ;
- Organiser des moyens de transport spécifiques pour les trajets vers l'école et vers les activités parascolaires ;
- Valoriser la participation des « aidants naturels » (grands-parents, aînés, voisins, etc.) pour aider à gérer le quotidien. Organiser cela en s'appuyant par exemple sur un portail d'échanges de « tickets-services », sur une possibilité de déduction des impôts, sur une cartographie des ressources disponibles dans son quartier ou son village, etc.

(35) **Besoin de développer l'accompagnement des familles d'enfant ayant un problème de santé mentale : afin que les familles soient de réels partenaires de l'évolution des enfants en difficultés**

- Informer la population pour permettre des réactions plus adéquates en cas de trouble rencontré par un membre de la famille ;
- Augmenter le nombre de structures d'aide pour les familles ;
- Renforcer en effectif et en compétences (formations spécifiques) les structures d'aide pour les familles ;
- Reconnaître, supporter et augmenter les offres de soins qui visent à soutenir les liens entre le tout petit et les parents pour miser sur une non-reproduction de tableaux pathologiques ;
- Financer l'organisation de modules de psychoéducation aux familles afin de leur permettre d'accompagner leur proche malade ;
- Renforcer l'aide aux parents qui sont confrontés à des difficultés, affaiblis par leurs vécus et dépassés par l'éducation de leur enfant, en situation de burnout parental, en grande souffrance, etc. ;
- Développer les unités mère-enfant, en intra ou en extra hospitalier. Veiller à un accès rapide (procédure d'admission simplifiée, places en suffisance, etc.) ;
- Augmenter l'accessibilité (administrative et financière) à des services d'assistance et d'encadrement des parents.
- Offrir un soutien renforcé et personnalisé à l'entourage et aux familles ;
- Augmenter les temps de répit pour les parents et les proches de personnes souffrant de maladie mentale.

(36) **Besoin de renforcer l'offre de soin destinée aux enfants ayant un problème de santé mentale**

- Augmenter le nombre de structures pour enfants et adolescents ;
- Voir 8. L'enseignement et l'éducation ;
- Voir 11.5. La quantité d'offre.

Les acteurs scolaires et les acteurs de l'Aide à la Jeunesse sont des partenaires pour la promotion du bien-être, pour l'information au sujet de la santé mentale et pour la détection précoce des jeunes en souffrance.

Outre sa mission d'instruction, l'école a une mission éducative et socialisante importante. Elle doit disposer de suffisamment de moyens pour réaliser ces missions auprès de l'ensemble des élèves, aussi lorsque les élèves sont en difficulté et en souffrance.

La transversalité entre le secteur de la Santé Mentale et les secteurs de l'Enseignement et de l'Aide à la Jeunesse est à déployer.

Point de divergence

La collaboration entre les professionnels de la Santé Mentale et ceux de l'Enseignement et de l'Aide à la Jeunesse soulève la question du partage de l'information et donc du secret professionnel. Il est avancé à la fois qu'une prise en charge commune et adéquate nécessite un partage de l'information, une concertation dans la confiance et donc un élargissement du secret professionnel ; mais aussi, inversement, que le secret professionnel doit rester une balise incontournable pour garantir l'intimité et la relation de confiance nécessaires aux personnes pour se dévoiler et se raconter, tout en permettant à chaque acteur de rester à sa place et de se compléter.

Cette question, qui pourrait d'ailleurs être élargie aux collaborations entre les professionnels de la Santé Mentale et ceux des autres secteurs (Santé, Justice, Emploi, etc.), nécessite de trouver une réponse en termes de juste milieu entre le « ne rien dire » et le « trop dire ».



Observations et préoccupations

- Souffrances liées à l'école (aux difficultés d'apprentissage, à l'échec scolaire, aux problèmes relationnels dans l'école, etc.) fréquentes chez les enfants et les adolescents ;
- Enseignement, centré sur les savoirs, déficitaire concernant le relationnel, les capacités d'adaptation, la construction de l'estime de soi, la gestion des émotions, etc. ;
- Secret médical, avancé par les professionnels de la santé mentale, constituant parfois une barrière à la volonté des intervenants (par exemple du secteur scolaire et du secteur de l'Aide à la Jeunesse) d'adapter leurs actions aux besoins du jeune ;
- Système éducatif insuffisamment valorisé : les enseignants sont insuffisamment formés, payés, reconnus et respectés.

« L'éducation centrée sur les savoirs est déficitaire en termes de relationnel et de capacités d'adaptation. »

« Promouvoir l'égalité des chances au moment crucial du développement de l'enfant. »

Besoins et pistes d'action

(37) Besoin d'une meilleure adaptation des programmes aussi bien à la population qu'au marché du travail

- Adapter le modèle scolaire à la diversité des profils de jeunes ;
- Adapter le modèle scolaire à l'évolution de la société.

(38) Besoin d'augmenter les moyens des écoles dès la petite enfance afin de promouvoir l'égalité des chances

- Développer des initiatives novatrices : école de la réussite, diversité/mixité, etc. ;
- Rendre l'école obligatoire dès 3 ans.

(39) Besoin de formations pour les professionnels de l'Enseignement

- Proposer des formations au sujet du bien-être, de la psychologie, des difficultés psychiques de l'enfant, etc. ;
- Inclure dans le cursus scolaire des enseignants une matière abordant la santé mentale.

(40) Besoin de faire appel aux parents des élèves en tant que partenaires actifs

- Interpeller les parents comme premiers spécialistes de leur enfant, première ressource ;
- Proposer des activités créant le lien avant l'apparition des difficultés, prendre contact avec eux dès les premiers signes pour réfléchir ensemble ;
- Responsabiliser les parents à l'égard de leur rôle éducatif et de leur place dans le cadre d'une collaboration parents/école.

(41) Besoin de renforcer les possibilités d'encadrement scolaire pour les enfants qui le nécessitent

- Favoriser les duos d'enseignants au sein des classes ;
- Adapter les horaires des enseignants (horaires réduits ou souples) ;
- Créer des infrastructures scolaires particulières (lieu de vie convivial, snoezelen²⁰, etc.) ;
- Mettre en place des supervisions pour les équipes d'enseignants.

²⁰ Le snoezelen est une activité reposant sur des sollicitations sensorielles, dans une ambiance sécurisante.

(42) Besoin d'intégrer à l'école des programmes qui visent la promotion de la santé mentale sous ses divers aspects

- Intégrer dans les programmes scolaires : le relationnel, la construction de l'estime de soi, la gestion des émotions, les capacités d'adaptation, la promotion du bien-être, la connaissance de soi et des autres, le respect des différences, la communication bienveillante, la non stigmatisation et l'ouverture à la différence, l'entraide, la tolérance, la compréhension et l'adaptation au monde, la critique, la communication, la philosophie, etc. ;
- Engager les élèves dans des actions citoyennes ;
- Développer, au sein des milieux scolaires, l'information, la sensibilisation et la déstigmatisation concernant la santé mentale (en partenariat avec des professionnels spécialisés) ;
- S'inspirer de programmes qui ont fait leurs preuves, par exemple l'expérience canadienne « Les amis de Zippy » et « Passeport : s'équiper pour la vie »²¹.

(43) Besoin de renforcer les réponses au décrochage scolaire, au stress, à la souffrance scolaire, etc.

- Développer un programme de formation et de sensibilisation des enseignants et des éducateurs ;
- Développer un accompagnement spécifique pour les professionnels confrontés aux fragilités psychologiques ;
- Favoriser la réflexion et la réaction au sein des établissements scolaires ;
- Mettre en place des rencontres (supervisions) entre les professionnels de la santé mentale et les enseignants, l'équipe éducative, le Centre Psycho-Médicosocial (CPMS), etc.

(44) Besoin de renforcer l'Aide à la Jeunesse

- Augmenter l'offre des services d'aide, d'accueil, etc. ;
- Augmenter les ressources humaines au sein des Services de l'Aide à la Jeunesse (SAJ) et des Services de Protection Judiciaire (SPJ) en vue de permettre aux délégués de prendre le temps nécessaire à chaque situation.

(45) Besoin d'une plus grande collaboration entre le secteur de la Santé Mentale et les secteurs de l'Enseignement, de l'Aide à la Jeunesse, etc.

- Augmenter les rencontres interdisciplinaires ;
- Lier les objectifs en matière de santé mentale et d'enseignement en s'inspirant par exemple de la note « Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour les enfants et les adolescents »²² issue de la conférence interministérielle Santé Publique du 30 mars 2015 ;
- Elargir les limites du secret professionnel partagé (tel qu'il l'est au sein des articles 458 et suivants du Code pénal) : le secret médical peut être un frein à une prise en charge commune et adéquate d'un enfant ou d'une personne. ;
- S'appuyer sur les limites posées par le secret professionnel : les informations relatives au diagnostic ne doivent pas être communiquées aux enseignants qui ne sont pas formés au niveau clinique. Chacun doit rester à sa place et se compléter ;
- Conscientiser, Informer et former les intervenants de l'Enseignement et de l'Aide à la Jeunesse (ONE²³, Service de l'Aide à la Jeunesse (SAJ), Service de Protection Judiciaire (SPJ), mouvements de jeunesse, etc.) au sujet de la santé mentale, de la psychologie de l'enfant et des difficultés psychique ;
- Elargir la notion de « secteur de l'Aide à la Jeunesse » aux associations de première ligne non mandatées.

²¹ « Les Amis de Zippy » est un programme qui a pour but d'améliorer les habiletés des jeunes enfants de 6-7 ans à développer des mécanismes d'adaptation face aux difficultés du quotidien. Ce programme s'implante en milieu scolaire et nécessite au préalable la formation des enseignants qui l'intégreront dans le temps scolaire.

« Passeport : s'équiper pour la vie » est un programme scolaire qui favorise le bien-être émotionnel des enfants de 9 à 11 ans. À partir d'activités ludiques, il développe les stratégies d'adaptation et les habiletés sociales des enfants afin de les outiller à faire face aux situations nouvelles ou difficiles du quotidien.

²² *Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents*, Wallonie, s.d. - http://www.psy0-18.be/images/Guide_0-18/GUIDE-EA_definitif_20150330.pdf

²³ Office de la Naissance et de l'Enfance - www.one.be

L'accès à la culture et aux loisirs participe au bien-être et à la bonne santé mentale.

La culture est un vecteur de lien social et d'accomplissement personnel.

La culture au sens large est un vecteur idéal d'information sur la santé mentale et de déstigmatisation des personnes en situation de souffrance.

Point de divergence

Investir dans le domaine de la culture est donc pointé comme capital et en lien avec la santé mentale. Pourtant cela fait réagir et il semble que l'impact que pourrait avoir un investissement supplémentaire dans la culture sur la santé mentale n'est pas reconnu par tous.



Observations et préoccupations

- Nombreuses personnes rencontrant des problèmes de santé mentale n'ayant pas les moyens (économiques, psychiques, relationnels, etc.) de s'inscrire dans des activités culturelles ou sportives.

« Des événements organisés autour de la dimension artistique dans la cité (festivals, expositions et autres) renforcent grandement les liens entre société et maladie mentale tout en œuvrant à la déstigmatisation. »

Besoins et pistes d'action

(46) Besoin de garantir l'accès pour tous à la culture et aux loisirs

(47) Besoin d'investissement dans le champ de la culture au sens large

- Développer des projets culturels, médiatiques, artistiques ayant pour objectif de reconstruire du lien humain, de donner du sens et de se sentir à nouveau appartenir à une communauté.

(48) Besoin de développer une collaboration entre le secteur de la Santé Mentale et celui de la Culture

- Développer des partenariats concrets et des projets communs avec les Centres culturels et des artistes professionnels (musique, cinéma, photo...);
- Organiser par région, par commune ou par quartier des réunions rassemblant les milieux culturels, sociaux, sanitaires, citoyens, pédagogiques, etc., y compris les secteurs de la Santé Mentale. Ces réunions pourraient déboucher par exemple sur des ateliers, des créations artistiques, des événements, des expositions, etc.;
- Renforcer l'information (sur la différence, sur la santé mentale, etc.) via des médias artistiques (expos, films, débats, arts, etc.) et des médias d'information (internet, journaux, etc.);
- Organiser des événements de dimension artistique (festivals, expositions et autres) afin de renforcer les liens entre société et maladie mentale tout en œuvrant à la déstigmatisation (s'inspirer des « Rencontres Images Mentales »²⁴).

(49) Besoins de développer l'accès à la culture et aux loisirs pour les personnes ayant des troubles de la santé mentale

- Mettre en place un accompagnement individualisé des personnes vers les services et les ressources culturelles;
- Développer les projets favorisant la reconstruction du lien humain comme les lieux à caractère culturel, artistique où, par le biais d'un média, les usagers peuvent se déposer, s'ancrer, créer du lien, donner du sens et se sentir à nouveau appartenir à une communauté.

²⁴ Rencontres organisées annuellement par l'asbl Psymages – www.psymages.be

Les problèmes de santé ont un impact sur la santé mentale de la population.

L'accès à la santé doit être garanti pour tous : l'accès à l'activité physique, à une alimentation saine, à un rythme de vie approprié, etc.

Santé physique et santé mentale sont indissociables. Une prise en charge globale nécessite des collaborations entre acteurs de santé mentale et acteurs de santé (notamment le médecin généraliste, les Maisons Médicales, etc.).



Observations et préoccupations

- Allongement de l'espérance de vie qui « augmente » les problèmes de santé ;
- Manque de prise en charge somatique des patients étiquetés « psychiatriques » qui n'ont pas accès à certains soins : certaines investigations somatiques sont négligées ou mises de côté tant le trouble mental prend le dessus.

« La santé gagnerait à une prise en charge plus globale où santé physique et santé mentale sont prises en compte conjointement. »

Besoins et pistes d'action

(50) Besoin d'un accès garanti aux services de santé

(51) Besoin d'une prise en charge globale qui prend en compte conjointement la santé physique et la santé mentale

- Promouvoir le travail pluridisciplinaire ;
- Organiser des lieux et moments d'échanges entre professionnels de la santé mentale et de la santé somatique (médecins généralistes, infirmiers, etc.). Par exemple, mettre en place des réunions mensuelles avec de la théorie et des études de situations ;
- Compléter les cabinets médicaux, les Maisons Médicales et les hôpitaux généraux d'une coordination « bien-être » centrée sur la santé mentale globale ;
- Proposer un accompagnement spécifique pour les fragilités psychologiques développées suite à un problème de santé (maladies, sommeil, alimentation, handicap, assuétude, etc.) ;
- Développer des cabinets médicaux avec des médecins généralistes et des psychologues ;
- Voir 11.6 La qualité de l'offre.

(52) Besoin de favoriser la collaboration entre les acteurs de la santé (par exemple les médecins généralistes) et ceux de la santé mentale

- Information sur les différences de prise en charge entre le médecin somatique et le psychiatre ;
- Démystifier la santé mentale et le recours au psychologue ou au service de soin de santé mentale par des campagnes de prévention et d'information ;
- Sensibiliser les médecins généralistes à la santé mentale et au travail relationnel ;
- Intégrer dans le cursus des médecins généralistes l'approche holistique et le partenariat avec les acteurs de soins de santé mentale ;
- Favoriser la connaissance des problématiques psychiques et de l'offre de soins de santé mentale grâce à des campagnes de sensibilisation et à des outils (cartes interactives, répertoires des services et de leurs missions, etc.) à destination des professionnels de la santé ;
- Garantir l'accompagnement des usagers de la santé mentale pour leur parcours somatique (prises de rendez-vous, démarches administratives, explications sur les informations données par les spécialistes, etc.) ;
- Considérer et reconnaître le travail des services non spécialisés en santé mentale avec des personnes ayant une problématique psychiatrique, comme par exemple les Maisons Médicales ;
- Donner l'occasion aux médecins généralistes d'inviter d'autres prestataires à leur cabinet pour certaines consultations (exemple des microstructures françaises²⁵) ;
- Développer des cabinets partagés rassemblant les compétences des médecins généralistes et des psychologues ;
- Inclure des médecins généralistes au sein des Services de Santé Mentale.

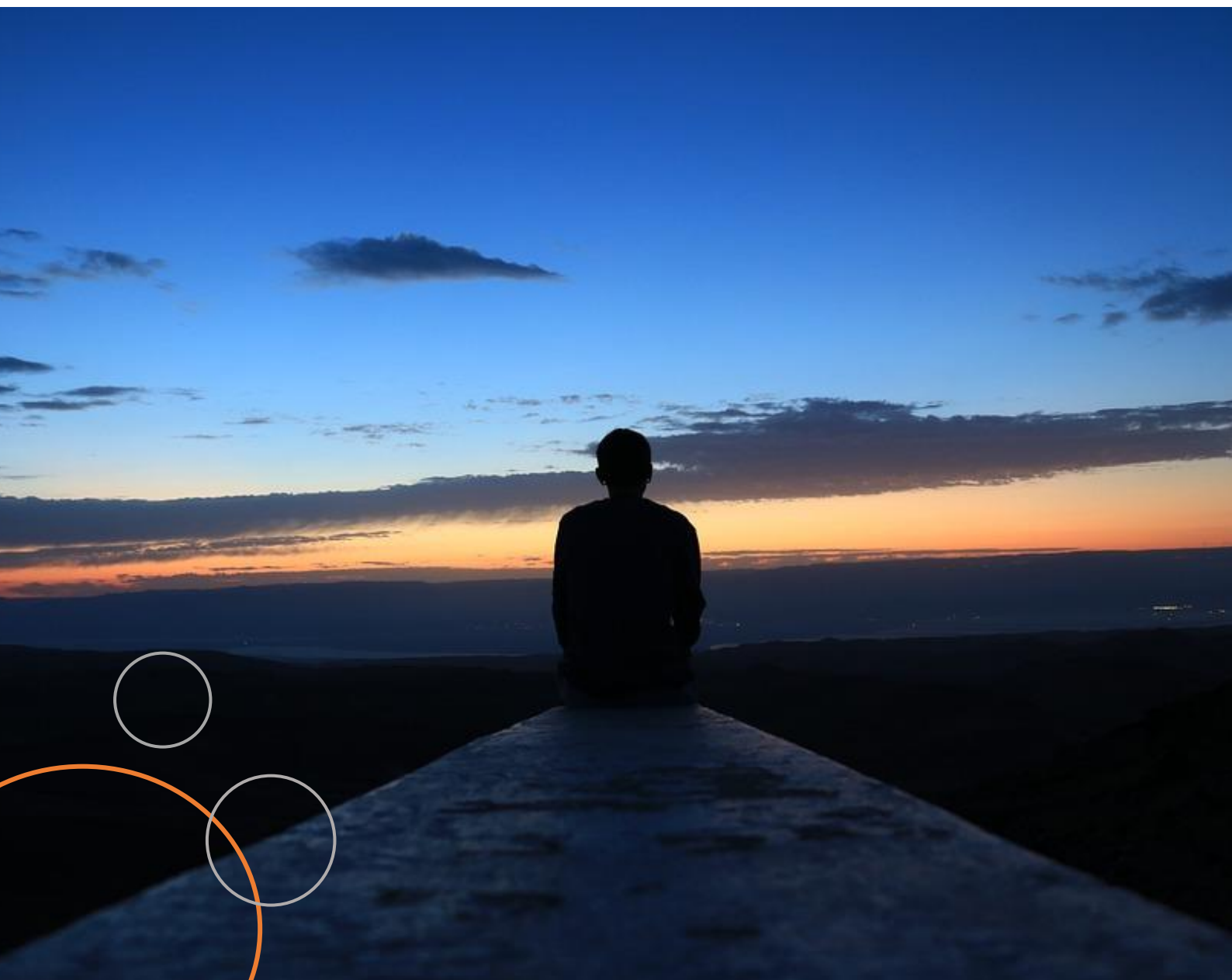
²⁵ La microstructure est une équipe pluri-professionnelle constituée par un psychologue et un travailleur social autour du médecin généraliste, dans son cabinet. Elle assure un accueil de proximité de qualité pour les personnes présentant des troubles addictifs.

www.reseau-rms.org

L'évolution des besoins est déterminée notamment par le contexte socioculturel et économique (les inégalités sociales, les conditions de vie, l'individualisme, l'injonction de performance, l'affaiblissement du lien social, etc.), par l'évolution de la définition de la santé mentale, par l'offre en elle-même, par les messages véhiculés dans les médias, etc.

L'évolution des besoins doit être évaluée et faire l'objet d'une adaptation de l'offre de soins et des réponses à donner.

Il est important d'éviter de psychiatriser le social et la santé mentale. Il faut distinguer troubles psychiatriques, troubles de santé mentale et troubles sociaux.



Observations et préoccupations

- Besoins qui changent, qui évoluent à la hausse et se complexifient.
- Augmentation des troubles et du nombre de malades : dépression, stress, pathologies complexes, suicide, souffrance au travail, etc. Par exemple, l'OMS²⁶ constate une augmentation épidémiologique à l'échelle mondiale de problématiques comme la dépression et d'autres pathologies mentales ;
- Réponses aux besoins, aussi en évolution et en augmentation, mais pas encore de manière suffisante ;
- Logiques institutionnelles, paradigme de l'état social actif et politiques d'austérité empêchant parfois la mise en place de réponses adaptées.

« Avec la diminution des hospitalisations de longue durée, la pression du rythme de travail, les enjeux économiques et le vieillissement de la population, les besoins n'ont fait qu'augmenter ces dernières années. »

« Les besoins ont donc augmenté au départ de ce double mouvement (...) du détissage du réseau familial et sociétal et des réductions des coûts dans les secteurs de santé et du Social. »

« Les réponses évoluent trop lentement. »

Besoins et pistes d'action

(53) Besoin d'évaluer l'évolution des besoins (transformations, augmentations, etc.)

(54) Besoin d'adapter l'offre aux nouveaux besoins

- Revoir les conventions de financement de certains services et institutions qui ont des critères d'inclusion mais aussi et surtout d'exclusion de « certains publics » ;
- Renforcer l'offre et les équipes – Voir 11.5 La quantité d'offre ;
- Favoriser la multidisciplinarité - Voir 11.6 La qualité de l'offre.

(55) Besoin d'adapter chaque réponse, chaque soin au besoin rencontré

- Donner le temps et les moyens d'être vigilant à la réponse proposée : évaluation, diagnostic, traitement, etc. ;
- Permettre aux services, d'adapter leur offre de soins avec plus de flexibilité afin de faciliter le recours à toutes les fonctions reprises dans la réforme des soins en santé mentale ;
- Réduire la charge administrative lourde et parfois peu en lien avec la pratique pour consacrer le plus de temps possible aux personnes, dont les demandes et les besoins deviennent de plus en plus complexes et à multiples facettes ;
- Interpréter toute démarche comme une demande, fut-elle peu structurée ou non exprimée de la façon attendue par le professionnel ou par les modalités du service, et donner les moyens d'y répondre.

²⁶ Organisation Mondiale de la Santé – www.who.int

La prévention doit tenir compte du contexte environnemental et social global. Elle doit porter sur le bien-être et la qualité de vie pour tous. Il faut promouvoir un environnement favorisant la santé mentale.

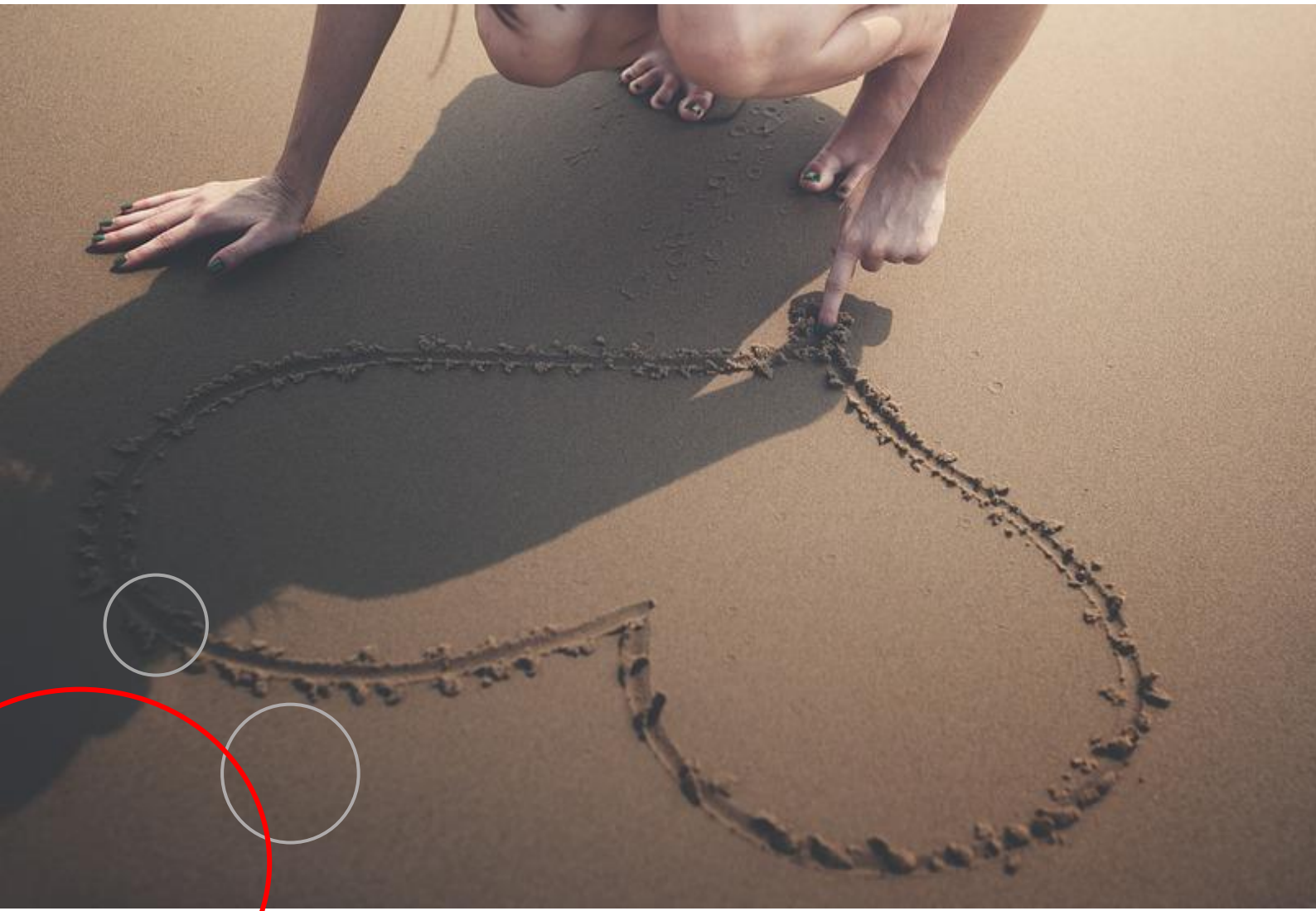
La prévention et la promotion de la santé mentale passent par une politique d'investissement dans le champ de l'éducation et de la culture au sens large.

Les priorités en matière de prévention sont : la jeunesse, le secteur scolaire, les familles, les parents.

La prévention doit permettre d'éviter les dérives liées à une psychopathologisation à outrance. Il faut, par exemple, dépsychiatriser le social, le judiciaire, certains troubles adolescents, etc. La psychiatrisation découle souvent d'une impossibilité matérielle d'interventions sociales, judiciaires, éducatives, etc.

Point de divergence

La prévention (principalement secondaire et tertiaire) doit faire partie intégrante des soins de santé mentale spécialisés. Elle pourrait notamment être intégrée aux missions des Services de Santé Mentale. Cette proposition met cependant en exergue, la nécessité de définir les différents niveaux de prévention et, dans le cadre de la prévention, la nécessité de s'appuyer sur les collaborations entre acteurs des première et deuxième lignes.



Observations et préoccupations

- Nécessité de distinguer les différents niveaux de prévention : la prévention primaire qui regroupe les mesures visant à diminuer le risque de développer une maladie. Elle consiste à identifier et prévenir les facteurs de risque de développer une maladie avant même de présenter tout symptôme. La prévention secondaire qui regroupe tous les actes destinés à réduire la durée d'évolution d'une maladie et éviter ses complications. Elle comporte le dépistage précoce et le traitement des premiers symptômes. La prévention tertiaire qui désigne les actes destinés à diminuer les récurrences d'une maladie responsable d'incapacités chroniques. Elle cherche à favoriser la réinsertion professionnelle et sociale et à améliorer la qualité de vie des malades.
- Manque d'actions de prévention ;
- Manque de ressources pour la prévention (financements, professionnels, etc.).

«La prévention coûte moins cher à la collectivité que le curatif (surtout si on intègre dans le calcul les arrêts de travail et la perte de productivité). Elle améliore le bien-être général de la population et réduit le taux de suicide. »

« Lutter contre toutes les formes de discrimination liée aux troubles, aux pathologies et à la santé mentale. »

Besoins et pistes d'action

(56) Besoin de renforcer les moyens pour la prévention

(57) Besoin de prévention par la promotion de ce qui contribue à la santé mentale (c'est-à-dire au bien-être et à la qualité de vie, etc.)

- Promouvoir le bien-être pour toutes les couches de la population ;
- Reconnaître l'utilité des professionnels du bien-être (relaxation, mindfulness²⁷, massages, etc.) ;
- Développer des lieux où les professionnels de la santé et du bien-être pourraient travailler ensemble ;
- Développer une prévention qui renforce le lien social - Voir 6. Les réseaux de soutien social.

(58) Besoins d'un travail sur les représentations et d'une sensibilisation générale pour une déstigmatisation

- Proposer de la prévention dès le plus jeune âge ;
- Augmenter les collaborations avec les médias ;
- Organiser des événements socioculturels (valorisant aussi la créativité du secteur) ;
- Mener plus de campagnes de sensibilisation en partenariat avec les acteurs partenaires (par exemple, les écoles, les entreprises, etc.) ;
- Promouvoir l'inclusion par différents outils : les initiatives citoyennes d'intégration, l'informatique, l'art, etc.

(59) Besoin d'inscrire la promotion de la santé dans une perspective transversale, en lien avec les autres secteurs (Enseignement, Emploi, etc.)

- Voir les points de 1. à 10.

²⁷ Mindfulness c'est-à-dire la pleine conscience, consiste à porter intentionnellement attention aux expériences internes (sensations, émotions, pensées, états d'esprit) ou externes du moment présent, sans porter de jugement de valeur.

(60) Besoin de prévention menée aussi par et avec des acteurs formés à la santé mentale

- Développer des équipes mobiles plus nombreuses, qui ne se limitent pas aux troubles psychiatriques, mais qui visent aussi la prévention ;
- Octroyer la mission de prévention aux services de santé mentale de Wallonie.

(61) Besoin d'informer la population (sur les problématiques de santé mentale, sur les services existants, etc.) pour permettre des réactions plus adéquates en cas de trouble (pour soi-même, pour un membre de la famille ou pour un proche)

- Soutenir les initiatives publiques et émanant du terrain (prévention et information via internet et via les médias) pour éviter que le privé n'envahisse ce marché (avec des objectifs financiers).
- Mettre en place un portail d'informations interactif (en s'inspirant de Wikihow²⁸) ;
- Développer des outils de sensibilisation et d'information : campagnes publicitaires (affiches, spots TV, etc.), site internet (avec des capsules vidéos et des listes de services/professionnels, par exemple Psycom en France²⁹), flyers à trouver chez son médecin généraliste et auprès de divers professionnels, etc. ;
- Promouvoir des lieux et des activités, accessibles à tous, d'information sur des thèmes spécifiques à la santé mentale ;
- Elaborer des séances d'information : par des professionnels de la santé mentale et en s'appuyant sur des témoignages d'usagers de la santé mentale ;
- Proposer un accès à de la documentation et de l'information : par exemple au sujet des souffrances psychiques, des maladies mentales, etc. ;
- Informer sur les signes avant-coureurs des problématiques de santé mentale ;
- Proposer des formations citoyennes.

(62) Besoin de renforcer le dépistage et la prévention des difficultés et des maladies mentales

- Renforcer le dépistage du stress, de la dépression, de la schizophrénie, etc. ;
- Renforcer la prévention des assuétudes en partant des conduites addictives à analyser à partir du triangle bio-psycho-social (produit, individu, environnement) ;
- Elaborer une prévention spécifique des rechutes.

(63) Besoin de renforcer l'offre de soin car elle participe à la prévention

- Développer des circuits d'intervention précoce qui tentent de soutenir le champ d'insertion « ordinaire » sans recourir aux institutions spécialisées ;
- Voir 11.5. La quantité d'offre.

²⁸ <http://fr.wikihow.com/Cat%C3%A9gorie:Sant%C3%A9-mentale-et-l%27%C3%A9quilibre-psychologique>

²⁹ www.psycom.org – site d'information en santé mentale et psychiatrie.

L'offre en santé mentale doit être répertoriée.

L'offre en santé mentale doit être visible, compréhensible et "attractive" pour être accessible à l'ensemble de la population.

L'information sur l'offre nécessite des collaborations avec les acteurs de première ligne.



Observations et préoccupations

- Information qui ne parvient pas suffisamment aux personnes concernées ;
- Manque de visibilité nuisant à l'accessibilité ;
- Demandes pas toujours adressées au bon endroit.

« Les demandes aux différents services se multiplient sans toujours être adressées au bon endroit. »

« Apporter des analyses des besoins sur les territoires, des cartes interactives des équipements locaux, des bases de données centralisées et non de multiples initiatives de répertoires. »

Besoins et pistes d'action

(64) Besoin d'une vue d'ensemble, d'une cartographie précise de l'offre

- Créer une base de données (un cadastre) centralisée et globale sur l'offre en santé mentale ;
- Créer une carte interactive des ressources territoriales ;
- Offrir plus d'information sur les réseaux et au sein des réseaux.

(65) Besoin de sensibilisation et d'information de la population dans son ensemble (professionnels ou non) sur les diverses composantes de la santé, sur les ressources existantes, sur l'offre de soins, etc.

- Créer une ligne téléphonique d'orientation (en s'inspirant de la ligne Nixon³⁰ à Bruxelles ou des lignes mises en place par certains projets 107 ou par les Soins Psychiatriques pour personnes séjournant A Domicile - SPAD) ;
- Mettre en place un portail d'informations interactif ;
- Proposer des séances expliquant les outils à la disposition des personnes en souffrance et de leur entourage ;
- Soutenir les services pour la communication et la diffusion des informations.

(66) Besoin de déstigmatiser le recours aux services

- Documenter les processus de production de cette stigmatisation, par exemple par le développement de recherches. Ces recherches devraient nécessairement inclure le concept d'inégalité sociale de santé ;
- Développer un travail en profondeur et sur la durée pour transformer les représentations sociales collectives et les pratiques qui associent santé mentale avec, par exemple, la folie, le retard mental, etc.
- Dépassez la question de la stigmatisation en s'inspirant de concepts tels que les « labellisations » (Becker³¹), les « assignations » (Rancière³²) ou les « verdicts sociaux » (Eribon³³).

(67) Besoin de collaborer avec les autres acteurs en vue d'une meilleure visibilité et compréhension de l'offre (avec les médecins généralistes, avec les services de première ligne, etc.)

- Voir 11.6 La qualité de l'offre ;
- Voir les points de 4. à 10.

(68) Besoin de plus de collaboration avec les médias

- Mettre en place des campagnes de communication ;
- Voir 9. La culture.

³⁰ Ligne téléphonique de dispatching entre les différents services d'urgence psychiatrique bruxellois.

³¹ Becker H. S., *Outsiders : études de sociologie de la déviance*. Paris, Editions Métailié, 2012, coll. Leçons choses.

³² Rancière J., *Aux abords du politique*. Paris, Folio, 2004, coll. Folio essais.

³³ Eribon D., *La Société comme verdict*. Paris, Fayard, 2013, coll. Histoire de la Pensée.

Il est nécessaire de lever les obstacles en matière d'accessibilité.

L'accessibilité aux structures de soins et d'hébergement doit être une priorité politique.

La prise en charge doit être accessible sur tout le territoire wallon, pour toute la population, quelle que soit la problématique, en privilégiant la proximité.

L'accessibilité dépend de la quantité de lieux de soins – Voir 11.5 la quantité d'offre.

Le développement des structures d'accueil bas seuil est plusieurs fois pointé comme étant une priorité à soutenir ; pourtant cela ne fait pas consensus.

Un autre point de divergence porte sur la fonction de psychologue de première ligne. Organiser cette fonction avec un nombre de séances limité en un premier temps pourrait permettre d'améliorer l'accessibilité aux soins car toutes les situations ne nécessitent pas un suivi au long court (des études ont mis en évidence l'efficacité des thérapies dites brèves). Cependant la distinction entre soins psychologiques de première et de deuxième ligne est vivement critiquée avançant que le sens pour un suivi est de l'ordre de la rencontre et du transfert, et que tout thérapeute est à même de juger, avec son patient, de la problématique, de son importance et de la longueur nécessaire du suivi.



Observations et préoccupations

- Franges de la population encore exclues des services. Par exemple, les personnes cérébrolésées, les personnes qui n'ont pas accès à la parole, les personnes qui ont des troubles du comportement associés à une déficience intellectuelle, les migrants, les personnes en grande dépendance, les personnes en situation très complexe, les personnes sans abri, etc. ;
- Accès aux soins parfois trop restreint, complexe ou rigide ;
- Délais d'attente pour un premier contact avec certaines structures de soins en santé mentale très longs³⁴.

« Besoin d'une prise en charge en santé mentale pour toute la population quels que soient ses handicaps, déficiences et incapacités. Il y a actuellement des franges de la population qui sont exclues des services. »

« Il s'agit de maintenir et de développer une offre de soins généraliste et spécifique accessible à tous avec comme postulat la liberté de choix du patient et la possibilité de mobilité du prestataire de soins. »

Besoins et pistes d'action

(69) Besoin d'accessibilité pour toute la population et pour tous les types de problèmes ou de souffrances psychiques

- Renforcer l'accueil de tous les publics et notamment les plus fragilisés et précarisés à tous les niveaux de l'offre de soins en santé mentale (ambulatoire, résidentielle, de jour) ;
- Garantir un accès à la santé mentale pour tous : personnes déficientes intellectuelles, précarisées, etc. ;
- Introduire la dimension du genre dans la promotion et la prévention en santé mentale. Les inégalités de genre font partie des conclusions du rapport « Indicateurs de santé mentale en Wallonie³⁵ » ;
- Soutenir les services pour la promotion d'un accueil de première ligne à bas seuil ;
- Appuyer les services généralistes pour augmenter leur capacité d'accueil et de traitement ;
- Augmenter les budgets pour la formation des professionnels généralistes aux problématiques spécifiques ;
- Proposer des lieux d'accueil collectif permettant une réinscription dans le lien social (par exemple, clubs thérapeutiques, ateliers, etc.) ;
- Tenir compte des personnes qui, du fait de leurs revenus et/ou de leur statut, ne peuvent pas accéder facilement ou rapidement à certains types de soins. (Par exemple, les personnes incarcérées ou sous statut de défense sociale pour lesquelles il est nécessaire d'accélérer les procédures de recouvrement de leurs droits sociaux en cas de libération et œuvrer à l'application de la loi de principe d'équivalence de soins dans le cadre de la détention.)

(70) Besoin d'une prise en charge sans condition

- Développer plus de lieux d'accueil « bas seuil » (sans condition, gratuité, proximité, etc.) pour que les personnes aient des lieux où trouver une écoute, une présence, inconditionnelle et bienveillante ;
- Développer un accueil de jour « à bas seuil d'exigence » dans chaque commune.

³⁴ La Performance du système de santé belge. Bruxelles, KCE, rapport 259B, 2015 -

https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_259B_rapportperformance2015_1.pdf

³⁵ Indicateurs de santé mentale en Wallonie. In : Wallonie Santé, n° 6, 2016 - <http://sante.wallonie.be/?q=sante/observatoire-wallon-de-la-sante/dispositifs/publications/wallonie-sante>

11.4.2. L'accessibilité financière

Observations et préoccupations

- Inaccessibilité des soins pour une partie de la population pour raison financière, par manque de moyens.

« De plus en plus de personnes rencontrent des difficultés croissantes à pouvoir payer leurs traitements. On rencontre régulièrement des personnes qui ne sont plus en ordre d'assurabilité. On assiste au développement d'un secteur du soin à deux vitesses (riche versus pauvre) »

Besoins et pistes d'action

(71) Besoin d'accès à des soins plus démocratiques financièrement

- Garantir des soins gratuits dans certains cas ;
- Adapter les subsides alloués aux services qui prennent en charge un public fragilisé financièrement afin qu'ils puissent tenir compte de cette précarité financière ;
- Veiller à réduire l'écart entre les subsides et les coûts de fonctionnement des services pour que cela ne se répercute pas sur l'utilisateur.

(72) Besoin de remboursement plus adapté et plus important des soins par les mutuelles

- Mettre en place un remboursement pour un nombre illimité de séances psychologiques ou psychothérapeutiques par les mutuelles. La limitation actuelle à 8 ou 10 séances n'a pas de sens clinique ;
- Augmenter l'intervention pour certains publics tels que les jeunes enfants et les parents avec enfants de moins de 6 ans par exemple.

11.4.3. L'accessibilité temporelle

Observations et préoccupations

- Délai pour accéder aux soins souvent trop long (listes d'attente, etc.).

« Les listes d'attente aggravent les pathologies »

Besoins et pistes d'action

(73) Besoin de renforcer le dépistage et la rapidité du diagnostic

- Viser une identification précoce et une prise en charge dès qu'elle est nécessaire et possible, dès les premiers symptômes et troubles.

(74) Besoin d'accès aux soins dans un délai raisonnable et suffisamment rapide

- Passer par une première phase d'un nombre limité de séance : s'inspirer du modèle « Psychologue de première ligne » du KCE³⁶, du rapport sur l'expérience de psychologue de première ligne menée en Flandre³⁷ (onderzoeksrapport-eerstelijnspsychologische-functie), ou du modèle des Centres Médico-Psychologiques (CMP) à Tourcoing³⁸ en France. Cela part du principe que toutes les demandes de consultations ne relèvent pas d'un besoin de suivi longue durée ;
- Augmenter l'offre de soin et la capacité de prise en charge – voir 11.5 La quantité d'offre.

(75) Besoin de rapidité dans la prise en charge des situations d'urgence et de crise

- Développer les urgences psychiatriques : s'inspirer du modèle de St-Luc à Bruxelles³⁹ (unité d'urgence psychiatrique ouverte 24h sur 24 comme un service d'urgence d'hôpital général, avec des missions d'expertises pour les demandes de mises en observation et des lits de crises) ;
- Développer des structures d'aide urgente mobile : s'inspirer d'EMISM⁴⁰ à Namur ;
- Ajouter une sixième fonction à la réforme : la gestion de l'urgence et de la crise.

11.4.4. L'accessibilité territoriale

Observations et préoccupations

- Territoire inégalement couvert ;
- Solution parfois difficilement trouvables au niveau local. Les personnes doivent parfois se déplacer très loin de leur milieu de vie pour trouver une réponse adéquate. Le recours aux soins de première ligne constitue néanmoins une réponse à un niveau local : il faut pouvoir s'appuyer sur les compétences de chacun ;
- Distribution des offres de soin inégale entre les différentes provinces et les différentes régions géographiques ;
- Répartition inégale des structures sur le territoire wallon. Cela ne favorise pas une prise en charge adaptée et suffisamment précoce ;
- Augmentation de l'isolement de certaines populations (par exemple, des populations rurales) ;
- Concentration des difficultés dans certaines zones (par exemple, certaines zones urbaines) ;
- Accessibilité des services souvent trop compliquée. La mobilité des patients pose problème (diminution de l'offre de train, de bus, augmentation des coûts de déplacement, etc.) ;
- Trop peu de cohérence en termes de territoires de santé. La multiplication des territoires rend compliquée toute organisation cohérente du système de santé.

« Les conséquences de la variabilité de l'accessibilité territoriale sont nombreuses mais varient en fonction des dimensions suivantes: densité de population (zone rurale, urbaine ou semi rurale), notion de déplacement (superficie versus déplacement), offre de soins globale diversifiée, généraliste et spécialisée, dimension sociologique et dimensions socioéconomique. »

« la notion de territoire reste particulièrement complexe, certaines structures dépendant du Fédéral, d'autres des Régions, certaines étant organisées sur base des Provinces (...), les découpages dépendant souvent des « zones d'influence » (...), situations reposant sur des traditions séculaires n'ayant plus rien à voir avec les réalités du moment. »

³⁶ Centre fédéral d'expertise des soins de santé - <https://kce.fgov.be>

³⁷ Coppens E., Neyens I. et Van Audenhove Ch., *Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen : onderzoeksrapport*. Rapport 38. Leuven, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2015.

³⁸ <http://www.epsm-lille-metropole.fr/> Les Centres Médico-Psychologiques mettent en place deux modalités de prise en charge : 10 consultations dans un CMP orienté « thérapie brève », puis, si nécessaire, poursuite du suivi dans un CMP orienté « thérapie au long cours ».

³⁹ <https://www.saintluc.be/services/medicaux/urgences/urgence-psychiatrique.php>

⁴⁰ Equipe Mobile d'Intervention en Santé Mentale (EMISM) - https://www.province.namur.be/urgences_psychosociales

Besoins et pistes d'action

(76) Besoin d'analyser les besoins et les spécificités des différents territoires

(77) Besoin d'une cohérence des territoires de santé

- Organiser une réflexion globale sur la définition des territoires de santé qui associe tous les acteurs concernés dans l'objectif de définir des territoires cohérents à partir de la première ligne, la plus proche du patient ;
- Harmoniser le concept de territoire, en se basant sur les difficultés rencontrées et sur l'égalité des chances en matière de soins (et transcender les institutions actuelles et leurs organisations respectives) ;
- Considérer les besoins en termes de densité de population et en termes d'étendue du territoire ;
- Inciter à décentraliser ;
- Réviser la répartition territoriale périodiquement ;
- Développer une planification territoriale.

(78) Besoin que l'offre couvre l'ensemble du territoire afin que chaque personne trouve des réponses dans un périmètre raisonnable

- Veiller à une répartition géographique qui permette un travail sur la continuité du lien avec le milieu de vie ;
- Ne pas figer les possibilités d'accueil ou les territoires de soins ;
- Assouplir les normes d'agrément afin d'augmenter l'offre et de répondre aux besoins de la population de tous les territoires ;
- Garantir plus de ressources pour les régions les plus défavorisées (au niveau social, au niveau de la précarité, etc.) ;
- Permettre aux services existants de développer (via des projets pilotes par exemple) les structures manquantes dans leur réseau de proximité afin d'élargir l'offre de soin et ainsi permettre aux usagers et à leurs proches de trouver un soin adapté à proximité de chez eux.

(79) Besoin de promouvoir les soins au niveau local, de centrer les soins sur le lieu de vie des patients, dans leur quartier, etc.

- Mettre en place un programme pilote de soutien à des structures ambulatoires locales multi agréées, à intensité modulable ;
- Privilégier une approche communautaire dans l'environnement « local » de la personne ;
- Privilégier les microstructures (même si elles doivent dépendre de quelques macrostructures) en vue de permettre aux professionnels d'être au plus près de la population.

(80) Besoin de développer la mobilité pour permettre aux personnes de se déplacer vers l'offre de soin

- Offrir aux patients la gratuité des transports en commun ;
- Développer le secteur du taxi social au niveau communal ;
- Développer, par exemple en zones rurales, des systèmes de transports collectifs à bon prix.

(81) Besoin de développer les soins mobiles au domicile, sur le lieu de vie, etc.

- Créer un bureau mobile (par exemple au sein d'un bus) pour pouvoir couvrir certaines régions avec une équipe pluridisciplinaire ;
- Créer des équipes mobiles (telles que celles du projet 107) pour des populations et pathologies plus larges.

Le renforcement de l'offre est nécessaire dans tous les secteurs (la Santé Mentale, la Prévention, les secteurs partenaires investigués dans les points précédents).

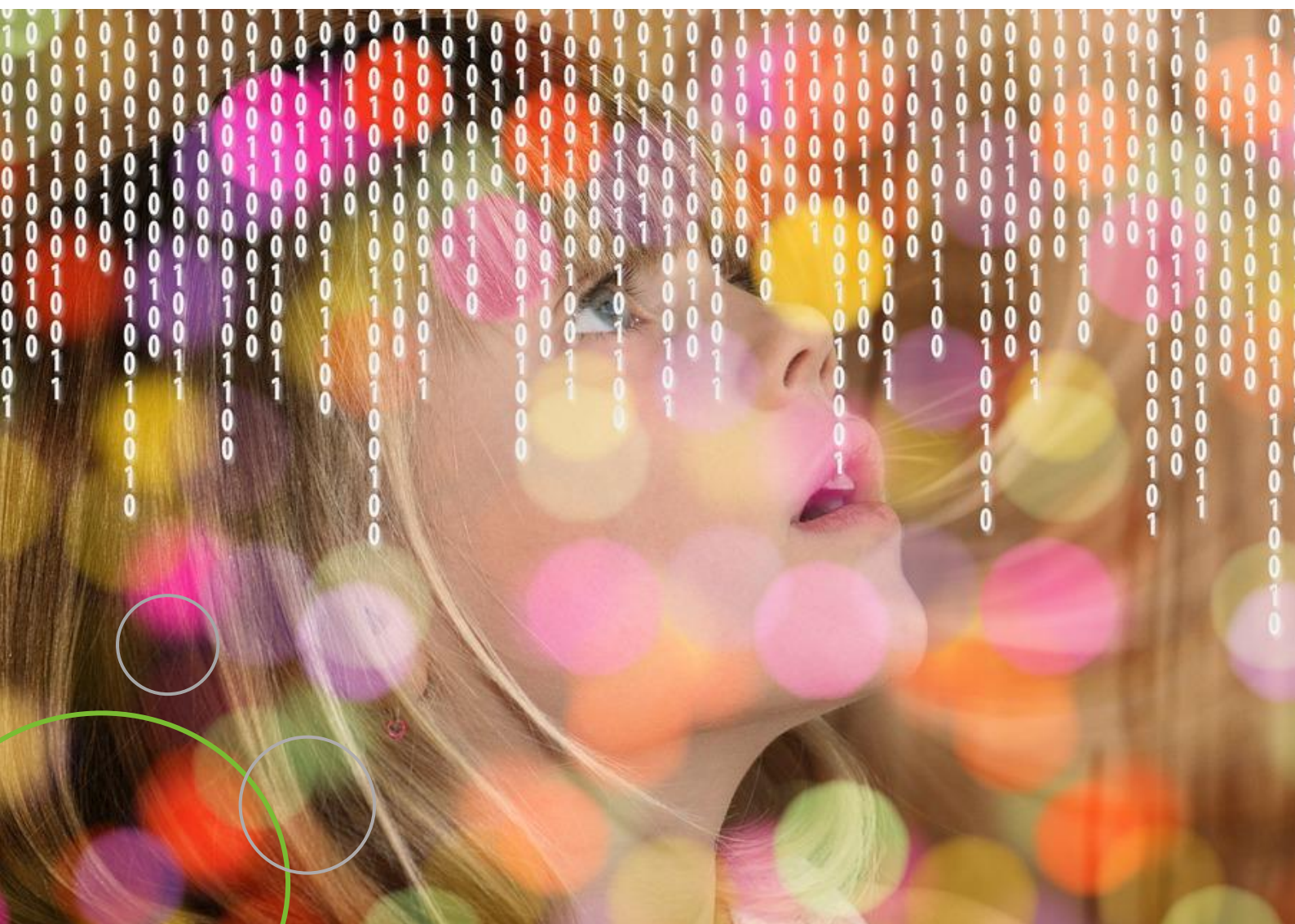
Le renforcement de l'offre doit se faire en cohérence avec les besoins.

Point de divergence

Les services spécialisés pour certaines problématiques doivent être renforcés, tout comme doivent être privilégiés les services proposant une offre globale et généraliste ; l'ambulatoire et l'extrahospitalier doivent être renforcés, tout comme doit l'être l'hospitalier ; etc. L'attribution des moyens financiers au sein du secteur de la Santé Mentale est un enjeu central qui fait débat.

La quantité d'offre influence la qualité de l'offre - Voir 11.6 La qualité de l'offre.

Le renforcement de l'offre de soin nécessite l'augmentation du financement - Voir 11.9 Le financement de l'offre.



Observations et préoccupations

- Augmentation des demandes, des besoins et de la complexité des situations alors qu'il n'y a pas d'augmentation de l'offre ;
- Offre insuffisante, ne pouvant pas répondre à la demande de manière adéquate ;
- Certains types de problématiques ne trouvent pas de réponse au sein de l'offre ;
- Nombreux services engorgés, saturés. Les personnes attendent trop longtemps pour pouvoir accéder à des soins dans le service adéquat ;
- Manque de possibilités de prise en charge. Cela a un effet négatif sur la qualité des soins ;
- Augmentation des problématiques complexes et de longue durée, limitation des séjours hospitaliers et fermeture des lits. Ce qui amène plus de patients vers une demande de suivis ambulatoires ;
- Offre de soins en ambulatoire sous programmée ;
- Services connexes à la Santé Mentale aussi débordés (Aide à la Jeunesse, écoles, Centres Publics d'Action Sociale (CPAS), etc.).

« L'offre subsidiée par les pouvoirs publics ne permet absolument pas de couvrir les besoins de la population. »

« Les services sont engorgés. »

« Les réseaux sont saturés. »

« L'offre stagne mais la demande augmente. »

Besoins et pistes d'action

(82) Besoin d'évaluer la quantité d'offre et les moyens nécessaires en fonction des besoins

(83) Besoin de développer une offre homogène et cohérente adaptée aux besoins (vu notamment la chronicité des maladies psychiques et la fermeture de lits en hôpitaux psychiatriques)

- Garantir les moyens financiers pour encadrer et soutenir les personnes sur leur lieu de vie, et sur le long terme ;
- Limiter l'hôpital aux prises en charge les plus aiguës et favoriser l'ambulatoire quand c'est possible ;
- Penser la politique de fermeture de lits hospitaliers, vitaux pour certains usagers et certaines situations, en lien avec le développement de l'offre extrahospitalière ;
- Réévaluer les normes de programmation pour certains services (comme par exemple les Initiatives d'Habitations Protégées (IHP) et les Maisons de Soins Psychiatriques (MSP)).

(84) Besoin de services visant le bien-être en général

- Voir 11. 2. La prévention et la promotion.

(85) Besoin d'augmenter l'offre de soin (c'est à dire la capacité de prise en charge, le nombre de structures de soin, etc.)

- Soutenir et déployer l'offre existante, les structures existantes (pérennisation des projets, maintien de l'expertise, soutien des actions menées, etc.) ;
- Renforcer l'offre et le cadre des services ambulatoires (Services de Santé Mentale, équipes mobiles, etc.) avec un financement qui soutient l'offre déjà existante ;
- Renforcer l'offre hospitalière : d'une part, les hospitalisations courtes pour pouvoir temporiser les situations de crise et d'urgence, d'autre part, les hospitalisations longues pour les situations qui le nécessitent ;
- Renforcer l'offre de l'extrahospitalier de jour et de nuit : centres de jour, Initiatives d'Habitations Protégées (IHP), Maisons de Soins Psychiatriques (MSP), appartements supervisés, communautés thérapeutiques, centres de revalidation conventionnés INAMI⁴¹, Maisons de Repos, clubs thérapeutiques, etc. ;
- Renforcer l'offre en matière de lieux de soins résidentiels à long terme ;
- Soutenir davantage les institutions « réglementaires » afin d'éviter l'émergence de structures « pirates » ;

⁴¹ Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité - www.inami.fgov.be

- Renforcer l'offre communautaire pour une meilleure inclusion de l'aide en santé mentale dans les milieux de vie ;
- Renforcer la réhabilitation (Fonction 3) et l'hébergement (Fonction 5) prônés par le guide⁴² de la réforme de la santé mentale pour adultes ;
- Renforcer l'offre mobile, l'offre à domicile ;
- Voir 11.10. Le financement de l'offre.

(86) Besoin d'offre à bas niveau d'exigence

- Développer des lieux d'accueil au sein des communes : le niveau communal est celui à partir duquel doit être repensé l'appui aux patients que ce soit en terme de logement, de mobilité, de récréation de lien social et de réinsertion professionnelle ou par le volontariat ;
- Augmenter le nombre d'ateliers de réinsertion, le nombre de clubs « thérapeutiques », etc. ;
- Donner des moyens supplémentaires aux assistantes sociales des Centres Publics d'Action Sociale (CPAS) pour l'accompagnement des patients ;
- Voir 11.4 L'accessibilité des soins.

(87) Besoins de services spécifiques et spécialisés pour certaines populations

- Renforcer l'offre spécialisée, par exemple, pour les personnes ayant un lourd passé psychiatrique, les personnes toxicomanes, les personnes âgées, les jeunes en situation complexes, les personnes à « double diagnostic » (handicap mental et troubles psychiatriques), les personnes sans domicile, les adolescents présentant un trouble psychiatrique et ayant commis un fait qualifié infraction, les personnes en grande dépendance, etc. ;
- Ouvrir des services d'hébergement spécifique à certaines populations ayant des besoins complexes sur l'ensemble du territoire (par exemple : service résidentiel pour enfants porteurs d'autisme ou présentant un double diagnostic ; service hospitalier spécifique aux jeunes présentant des difficultés psychiatriques et ayant commis un fait qualifié infraction, etc.) afin de maintenir le lien avec l'entourage qui facilite la réintégration dans le milieu de vie.

(88) Besoin de favoriser une approche globale et généraliste plutôt qu'une trop grande spécialisation des soins

- Réorganiser l'accessibilité pour des groupes cibles apparentés afin de permettre aux services de prendre en charge plusieurs pathologies ou « catégories » de patients plutôt que de se spécialiser sur une seule.

(89) Besoin de renforcer la quantité de structures d'aide et de prise en charge des secteurs connexes à la Santé Mentale

- Renforcer les services de prévention, les Centres de Planning Familial, l'Aide à la Jeunesse, les Maisons Médicales, les écoles, les services du secteur de la Justice, les services sociaux, etc. ;
- Soutenir le développement des Maisons Médicales notamment en finançant la fonction psychosociale, la santé communautaire, les infrastructures, etc. ; en levant le moratoire de la ministre ; en augmentant le nombre de médecins généralistes (revalorisation du métier et assouplissement du numerus clausus) ;
- Augmenter les services d'accompagnement à la réinsertion (réinsertion professionnelle, scolaire, au sein d'un logement, etc.).

(90) Besoin de renforcer les activités mixtes rassemblant des personnes ayant des troubles de la santé mentale et des personnes n'en ayant pas

(91) Besoin de diversifier encore l'offre, de promouvoir l'innovation, la créativité, les découvertes, les nouveautés, etc.

⁴² Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins. Wallonie, s.d.

La santé mentale ne se limite pas au médical et se doit d'intégrer les autres dimensions (sociale, relationnelle, logement, culturelle, etc.). La santé mentale doit rester multifactorielle.

Il est important de ne pas "psychologiser" certaines souffrances, notamment celles qui ont une étiologie sociale, mais plutôt de proposer une prise en charge qui recontextualise les difficultés.

Une vision complexe de la santé mentale est nécessaire et ne peut exister que dans l'interdisciplinarité. L'interdisciplinarité doit être organisée à tous les niveaux du travail : politiques publiques, services, recherches, etc. L'interdisciplinarité intègre l'expertise des personnes concernées par les troubles et les pathologies mentales.

L'utilisation de certains outils doit permettre de garantir un fil rouge dans les situations qui le nécessitent.

Il est important de favoriser une diversification des réponses, des modes de soins et de prises en charge en insistant sur la complémentarité des techniques et des divers courants thérapeutiques.

Les personnes doivent conserver la liberté du choix du thérapeute et la liberté du choix de la méthode.

Quelles que soient les approches du soin, l'usager et la qualité du lien établi avec lui doivent être centraux.



Observations et préoccupations

- Situations psychosociales de plus en plus complexes ;
- Mode de financement des soins de santé mentale souffrant d'un cloisonnement qui empêche le développement de projets créatifs, innovants et hybrides (émanant de plusieurs secteurs différents) ;
- Public cumulant souvent différents symptômes, différentes réalités, différentes problématiques (par exemple : santé mentale, assuétudes, précarité, etc.).

« Pouvoir organiser des prises en charge correspondant à des réels trajets de vie du patient traversant les clivages régionaux, provinciaux, politiques et de réseaux. »

« Soins globaux, holistiques, qui intègrent l'ensemble des sphères de la personne (santé mentale, famille, environnement social, sphère scolaire/professionnelle, etc.) »

« Prise en charge globale, multidisciplinaire, multisectorielle, ouverte à tous...facilitée par des outils « communs » et validés. »

Besoins et pistes d'action

(92) Besoin de possibilités de soins sur le long terme, de soins adaptés au rythme de la personne, d'accompagnements prolongés

(93) Besoin d'une prise en charge globale et continue

- Promouvoir l'utilisation et la coordination du plan de soins individualisé ;
- Avoir les moyens de se préoccuper, en cas de passage d'un service à l'autre, de l'amont et de l'aval : utilisation de vecteurs de communication communs, d'outils d'analyse partagés, etc. ;
- Travailler avec des outils à visée plus globale tel le PPH⁴³, adaptable et adoptable à tous types de professionnels du soin et du prendre soin (au lieu de critères diagnostiques uniquement) ;
- Transcender les clivages régionaux, provinciaux, politiques et de réseaux afin de pouvoir organiser des prises en charge correspondant à la réalité du patient ;
- Garantir un fil rouge entre les différents pôles d'expertise.

(94) Besoin d'une prise en charge multidisciplinaire

- Favoriser les équipes ou les réseaux multidisciplinaires ;
- Insuffler dès la formation de base (psychologie, médecine, etc.) une réelle culture des soins pluridisciplinaires ;
- Retravailler la notion de secret professionnel partagé et former les professionnels à une vision « commune » de la prise en charge multidisciplinaire ;
- Intégrer au soin des acteurs sociaux, de la santé, de l'insertion socioprofessionnelle, etc. ;
- Rendre possible la fréquentation de plusieurs services de soins complémentaires de manière simultanée (par exemple fréquenter un Centre de Réadaptation Fonctionnelle durant une hospitalisation en psychiatrie).

⁴³ « Processus de production du handicap ». Le PPH est un dictionnaire, développé par une équipe québécoise, permettant d'évaluer les situations de handicap que rencontre un individu et de déterminer avec une meilleure objectivité ses besoins prioritaires - <http://ripqh.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/>

(95) Besoin de plus de concertation, d'échanges et de collaboration au sein du secteur de la Santé Mentale

- Renforcer la collaboration entre les soins pour enfants et les soins pour adultes, entre l'hospitalier et l'ambulatoire, entre le résidentiel et le non résidentiel, entre la première ligne et les suivantes, etc. ;
- Mettre en place du personnel social qui aurait pour fonction de faire du lien entre les différentes structures par lesquelles une personne est amenée à passer ;
- Créer un « carnet » de santé pour faire lien entre les divers intervenants ;
- Mettre en place des lieux d'accueil de crise qui peuvent épauler les différents services et être le lien entre un accueil de première ligne et un hébergement ;
- Coordonner de manière plus effective le lien entre les fonctions psychosociales généralistes et les équipes de soins spécialisés en psychiatrie (par exemple par la mise en place d'une fonction de coaching des acteurs de première ligne, en s'inspirant de la fonction Soins Psychiatriques pour personnes séjournant A Domicile - SPAD en Initiatives d'Habitations Protégées (IHP)).

(96) Besoin de plus de concertations, d'échanges et de collaborations entre le secteur de la Santé Mentale et les autres secteurs

- Concrétiser et formaliser le rapprochement entre les secteurs - Voir 4. L'emploi et les conditions de travail, 5. Le logement et l'environnement physique en général, 8. L'enseignement et l'éducation, 10. La santé somatique ;
- Décloisonner pour une plus grande liberté d'initiatives intersectorielles (par exemple, l'accord conclu entre un service résidentiel pour adultes en situation de handicap et une biscuiterie pour permettre aux résidents d'y travailler) ;
- Développer et reconnaître les réunions intersectorielles (par exemple entre des acteurs du secteur de la Santé Mentale et ceux des secteurs de l'Insertion socioprofessionnelle et de l'Emploi, de la Justice, de la Santé, de l'Enseignement, de l'Immigration, etc.) ;
- Revoir les conventions de financement de certains services et institutions qui ont des critères d'inclusion et donc d'exclusion de certains publics provenant des autres secteurs ;
- Autoriser l'accès simultané à une diversité de soins et d'interventions complémentaires ;
- Favoriser le dialogue avec l'ensemble des disciplines : avec les historiens, les philosophes, les sociologues, les politologues, les anthropologues, les chercheurs des universités, etc. afin de porter un regard plus large, pluridisciplinaire et complexe sur la pathologie mentale.

(97) Besoin de renforcer et d'améliorer le travail en réseau

- Développer une meilleure connaissance du réseau : visibilité et clarification des réseaux ;
- Renforcer la coordination des réseaux ;
- Augmenter le travail concret au sein des réseaux : le réseau doit permettre la prise en charge cohérente et effective des situations ;
- Officialiser et valoriser le travail en réseau (le temps pour travailler en réseau doit être pris en compte et reconnu) ;
- Impliquer davantage le bénéficiaire et son entourage afin de faire de tous des acteurs des partenaires de la prise en charge ;
- Préserver l'intimité : il y a donc nécessité de préserver des lieux où cette intimité n'est pas traversée par des réseaux de soins.

Observations et préoccupations

- Accueil, Disponibilité et Accompagnement fragilisés par la bureaucratisation du travail et le besoin de visibiliser les prestations ;
- Risque que le soin se réduise de plus en plus à une application de techniques et de prestations, au remplissage de dossiers, se transformant en une solidarité froide.

« Une réponse univoque ne pourra être donnée mais est à co-construire avec chacun, pour éviter que les aides ne deviennent de nouveaux espaces d'enfermement dans « ce qu'il est attendu » de faire. »

Besoins et pistes d'action

(98) Besoin de recevoir la personne sans préjugés, sans étiquettes stigmatisantes, que ce soit à l'intérieur des institutions et des services travaillant en Santé Mentale ou au sein des autres secteurs (Enseignement, entreprise, etc.)

(99) Besoin de placer la relation et le lien humain au centre des pratiques de soins (dans la relation entre intervenant et patient mais également entre intervenants)

- Reconnaître concrètement l'importance du lien au sein de la relation de soin ;
- Garantir le temps suffisant pour permettre le lien humain.

(100) Besoin de placer l'usager au centre de son parcours de soin

- Voir 11.8. L'implication des usagers et des proches.

(101) Besoin de prises en charge individualisées et adaptées

- Assouplir les cadres afin de permettre une prise en compte des besoins de l'individu et de mettre l'humain au centre des interventions ;
- Maintenir la contrainte possible si nécessaire, par exemple pour permettre de réaliser une expertise en vue d'une mise en observation.

(102) Besoin de permettre aux usagers de choisir le type de soins.

- Rendre les informations concernant les différents types de soins accessibles ;
- Ne pas baser le soin sur l'exigence de la performance et du chiffrable ;
- Ne pas introduire comme logique d'évaluation et de régulation l'Evidence-based practice⁴⁴ qui ne convient pas au paradigme des soins psychiques et qui risque de mettre en concurrence les acteurs de la santé mentale.

(103) Besoin de reconnaître les spécialisations des intervenants

- Déterminer des critères de spécialisation et mettre en place un système du type « accréditation » pour la formation permanente.

(104) Besoin d'élargir la gamme de soins « reconnus ».

⁴⁴ Médecine basée sur les preuves qui se définit comme « L'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient ».

La formation est un outil de prévention.

La formation continue des professionnels doit être favorisée pour faire évoluer les pratiques en fonction de l'évolution des besoins.

Les formations, interventions, supervisions doivent être soutenues pour tout travailleur en santé mentale.



Observations et préoccupations

- Nombreux professionnels manquant encore de formation ;
- Supervisions et Formations souvent très couteuses ;
- Manque de formation provoquant parfois des problèmes de communication, des tensions, etc.

« Ne pas soigner les soignants qui soignent les fous, c'est de la folie »⁴⁵

Besoins et pistes d'action

(105) Besoin de soutien pour les professionnels dans le repérage de leurs besoins en formation

(106) Besoin de formations permanentes, continues, adaptées et diversifiées

- Former les soignants en santé mentale selon un paradigme spécifique à la santé mentale, complémentaire mais différent de la techno-médecine ;
- Proposer un chapitre 3 propre aux professions de santé mentale dans l'Arrêté royal sur l'art de guérir⁴⁶ ;
- Développer les formations à l'écoute active, à l'empathie, au savoir-être, etc. (afin que les usagers soient pris en charge par des professionnels à l'écoute et dans un cadre « humanisé ») ;
- Reconnaître les écoles de formation existantes qui offrent, depuis des décennies des formations solides et de qualité ;
- Favoriser les formations au management ;
- Favoriser les formations cliniques diversifiées ;
- Appuyer les formations sur l'art ;
- S'appuyer sur les experts du vécu et sur les proches pour réaliser et donner les formations ;
- S'appuyer sur des invités extérieurs, experts dans leurs domaines.

(107) Besoin de supervisions individuelles et d'équipe.

- Reconnaître que les travailleurs de terrain restent malmenés par tous les éprouvés psychiques de leur rencontre avec l'humain en souffrance et de leur confrontation à la pathologie psychiatrique (sentiment d'impuissance, violences subies, confrontation à la mort, relations perverses, etc.).

(108) Besoin d'organiser des échanges de pratiques entre les intervenants.

- Garantir des approches plurielles cliniques en favorisant des lieux de rencontre entre professionnels (groupe d'études de cas et/ou immersion) ;
- Capitaliser les échanges entre les professionnels.

⁴⁵ Citation de Jean Oury, psychiatre et psychanalyste français né le 5 mars 1924 et mort le 15 mai 2014. Figure de la psychothérapie institutionnelle, il est le fondateur de la clinique de La Borde qu'il a dirigée jusqu'à sa mort.

⁴⁶ Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (M.B. 14/11/1967, p. 11881) - <https://wallex.wallonie.be/PdfLoader.php?type=doc&linkpdf=8789-10057-3889>

(109) Besoin de formations accessibles à tous : en termes de coût, de temps et de reconnaissance

- Soutenir financièrement les formations ;
- Rémunérer les heures passées à la formation, comptabiliser les heures, etc. ;
- Financer les formations par l'employeur ;
- Reconnaître le temps passé à la lecture de théories de référence ;
- Reconnaître le temps passé à la participation aux journées d'étude et aux colloques.

(110) Besoin de promouvoir la convivialité et la motivation au travail

- Reconnaître l'utilité du team building et favoriser son organisation ;
- Organiser un turnover professionnel pour permettre le changement.

(111) Besoin de formation en matière de santé mentale et de psychiatrie pour certains professionnels des secteurs connexes (Aide sociale, soin à domicile, médecins généralistes, écoles, services pour personnes âgées, Aide à la Jeunesse, etc.)

- Voir les points de 4. à 10. ;
- S'appuyer sur les Services de Santé Mentale pour la formation des équipes et professionnels confrontés à une population qui présente des problèmes de santé mentale.

Les usagers et les proches ont une expertise sur laquelle il faut s'appuyer.

Une participation, une implication des publics concernés favorise des réponses adaptées aux besoins.

L'implication des usagers et des proches se situe au niveau micro (du processus de soin), au niveau méso (du fonctionnement et de l'évaluation des services, de l'offre de soin) et au niveau macro (du fonctionnement et de l'évaluation des décisions et des politiques en santé mentale).

Les experts du vécu doivent avoir une place reconnue et valorisée.



Observations et préoccupations

- Rares sont les proches qui échappent à une altération de leur santé physique et psychique. Cette altération de la santé des familles a évidemment des conséquences immédiates pour l'utilisateur (un proche épuisé perd ses capacités d'aide) et un impact pour notre système de sécurité sociale (le surcoût lié aux arrêts de travail et aux hospitalisations des proches est élevé)⁴⁷ ;
- Le vocabulaire utilisé influence la place donnée aux personnes qui resteront « patients », « bénéficiaires » ou seront réellement considérés comme pairs-aidants, partenaires et experts ;
- les aidants proches sont mis sous pression mais reçoivent peu d'aide et de soutien.

« Les professionnels ont besoin d'une participation accrue et réelle des bénéficiaires et de leurs aidants proches. Cela, particulièrement pour l'évaluation de l'offre de services. Il s'agit de développer la pratique de l'évaluation participative comme levier de l'amélioration des services, comme levier d'une reconnaissance entre usagers et professionnels et comme possibilité de faire exister une psychiatrie/santé mentale citoyenne. »

Besoins et pistes d'action

(112) Besoin de promouvoir la participation citoyenne et l'empowerment

(113) Besoin de développer l'accès à l'information et à la compréhension de l'offre de soin

- Voir 11.3 La visibilité de l'offre ;
- Informer sur les associations de familles et d'usagers.

(114) Besoin d'augmenter la participation des usagers et des proches à tous les niveaux, sur tout ce qui les concerne

- Promouvoir les initiatives venant des personnes concernées elles-mêmes ;
- Parler de publics « partenaires » au lieu de publics « cibles ».

(115) Besoin d'impliquer au maximum l'utilisateur et les proches dans le parcours de soins

- Favoriser l'émergence des ressources propres de l'utilisateur, tant pour trouver les services que pour pouvoir être acteur de ses soins ou de sa prévention ;
- Communiquer avec les personnes, même en cas de difficultés de compréhension et de communication ;
- Respecter le non-appel à l'aide, la « peur » du soin, le refus de l'aide, les blocages, etc. ;
- Favoriser la compréhension des pathologies et de leurs traitements ;
- Participation des usagers et des proches dans la construction d'un projet de vie de qualité permettant le « rétablissement » ;
- Inclure davantage les usagers et les proches dans le travail en réseau.

⁴⁷ Voir les résultats de l'enquête en ligne sur <http://wallonie.similes.org> – Onglet « Action ».

(116) Besoin de développer l'évaluation participative, c'est-à-dire la participation des usagers à l'évaluation de l'offre, des soins, etc.

- Créer un comité d'usagers au sein des services et des réseaux ;
- Créer des organes indépendants afin de contrôler et d'accompagner le bon déroulement de ces comités (leur constitution, la continuité, etc.).

(117) Besoin de s'appuyer sur l'expertise et les expériences des usagers et des proches

- Favoriser l'aide par les experts du vécu : pairs-aidants, « visiteurs à domicile » ;
- Reconnaître et valoriser un statut d'expert du vécu / de pair-aidant ;
- Développer des espaces d'échanges, de rencontre et de soins entre pairs (également ouverts à des personnes non-usagères des circuits de la santé mentale) ;
- S'appuyer sur les experts du vécu pour la formation des professionnels ;
- S'appuyer sur les experts du vécu au sein de lieux de vie mixtes et pour des accompagnements mixtes ;
- Inclure davantage les experts du vécu dans le processus de la réforme ;
- Favoriser les formations des usagers (par exemple à la pair-aidance).

(118) Besoin d'impliquer davantage les usagers et les proches, et les associations d'usagers et de proches, dans la réflexion générale et politique autour de la santé mentale

- Utiliser des modes d'expression et de participation innovants sur les questions de santé mentale (comme les forums hybrides⁴⁸ ou le théâtre législatif⁴⁹) ;
- Lister tous les lieux de décision, pilotage, évaluation et établir un cadastre de la présence des publics concernés ;
- Renforcer la présence et la légitimité des représentants des usagers, des proches, des citoyens dans les instances de construction, de pilotage et d'évaluation des politiques en matière de santé mentale : établir les conditions matérielles inhérentes à cette participation (l'accès des lieux, la possibilité de prendre congé, l'éventuelle rémunération des mandats, ...), les conditions relationnelles inhérentes à cette participation (le statut des représentants dans les instances, la valeur de leur voix, etc.), les conditions culturelles inhérentes à cette participation (un travail sur la valeur de la parole du vécu en matière de prise de décisions politiques), etc.

⁴⁸ Le théâtre législatif est un outil de démocratie participative. Il utilise le Théâtre-Forum et une forme théâtralisée d'assemblée démocratique. L'objectif est double : procurer aux spectateurs une vision plus globale des problèmes et en même temps permettre aux citoyens de chercher des consensus pour qu'ils les soumettent aux responsables et aux élus de la démocratie délégative.

⁴⁹ Les forums hybrides sont des espaces ouverts où des groupes peuvent se mobiliser pour débattre des choix techniques qui engagent le collectif. Ces forums sont dits « hybrides » car les groupes qui s'y engagent et leurs porte-parole sont hétérogènes (experts, profanes, hommes politiques, etc.). Les questions et les problèmes soulevés vont des domaines purement scientifiques et techniques aux questions économiques, éthiques, etc.

Il est important d'investir dans le champ de la santé mentale pour l'ensemble de la population. Tout sujet wallon est susceptible un jour d'être confronté à un problème de santé mentale.

Le financement doit soutenir l'action dans le continuum « promouvoir-prévenir-soigner-soutenir ».

L'accès aux soins psychologiques et psychiatriques ne peut souffrir des politiques sélectives (coupes budgétaires).

Sont nécessaires : à la fois des financements stables et durables, mais aussi des financements adaptables et modulables. Certains insistent sur l'un ou l'autre aspect.

La reconnaissance des psychologues dans le cadre des professions de santé et le remboursement des consultations est souhaitée par certains. Mais d'autres soulèvent la question du statut de la thérapie qui, pour eux, ne doit pas relever du secteur des soins de santé. Tout être humain est en effet touché un jour ou l'autre, d'une façon ou d'une autre, par la souffrance psychique, étant donné sa condition humaine, nécessairement incurable, et devrait pouvoir bénéficier d'un accompagnement lorsqu'il en a besoin. Or, rembourser les soins par l'INAMI n'est possible que dans un système « maladie-traitement-guérison », ou « diagnostic-prestations », qui fixerait une durée de traitement en fonction d'un diagnostic ; modèle difficilement compatible avec certaines approches de la santé mentale.

Le financement a un impact sur la quantité d'offre – Voir 11.5 (donc sur l'accessibilité – Voir 11.4.) et sur la qualité des soins – Voir 11.6.



Observations et préoccupations

- Budget consacré à la santé mentale par la Belgique (6% de l'enveloppe des soins de santé) largement inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE⁵⁰. Il y a en Belgique un déficit d'encadrement par rapport aux autres pays, notamment aux pays européens ;
- Offre subsidiée par les pouvoirs publics insuffisante pour couvrir les besoins de la population ;
- Sous-financement des services. Ce qui est un frein au développement d'une disponibilité optimale, au maintien de l'expertise acquise, au développement de nouvelles initiatives, etc. ;
- Mode de financement des soins de santé mentale souffrant d'un cloisonnement qui freine le développement de projets qui se situent à la fois dans le champ de la Santé Mentale et sur le territoire Socioculturel ou celui de l'Emploi, de l'Aide à la Jeunesse, etc.
- Budget rogné par la régionalisation des compétences ;
- Commercialisation du non marchand ;
- Logique managériale et procédurale favorisée. Elle vise l'efficacité à moindre coût financier mais déshumanise les soins ;
- Subsidés reçus pas toujours utilisés de manière optimale ;
- Diminution des moyens signifie baisse de la qualité ;
- Diminution des moyens signifie augmentation de la masse de travail pour les professionnels ;
- Financement en fonction des groupes cibles cloisonne l'offre, exclut certains publics et crée des trous dans les mailles du réseau interinstitutionnel ;
- Moyens financiers inégalement répartis entre secteurs hospitalier et ambulatoire ;
- Moyens financiers injectés dans le cadre de la réforme 107 insuffisant pour les fonctions 3 et 5 qui pourtant doivent drainer un public bien plus hétéroclite, moins stabilisé et qui sort des hôpitaux plus rapidement suite à des hospitalisations plus courtes. ;
- Réforme issue du Gouvernement fédéral mais répercussions qui se font sentir au niveau des services subsidiés et agréés par le pouvoir régional (lui-même signataire et partenaire de la réforme) ;
- Selon un rapport Itineris 2013 relatif à la santé mentale⁵¹ : les troubles psychiques sont la cause principale de l'invalidité en Belgique ;
- Budget des soins de santé mentale en Belgique, toute proportion gardée, inférieur d'un tiers à celui des pays voisins.

« La consommation de psychotropes en Belgique est excessive, coûteuse et relativement peu efficace en l'absence d'un suivi « psy » professionnel. Or, le rapport ISP, 2013 indique que les ménages aux plus faibles revenus consomment davantage de psychotropes. Ce phénomène est sans doute lié au fait que les soins psychologiques ne sont pas encore remboursés et que ces ménages ont moins aisément accès aux soins dits de première ligne. »

« Le mode de financement des soins de santé mentale souffre à mon avis d'un cloisonnement qui empêche le développement de ce genre de projets créatifs, innovants car hybrides dans leur identité. »

« Si des idées intéressantes ont incontestablement émergé ces derniers temps, la mise à disposition de moyens complémentaires nécessaires à tout changement de paradigme se sont vus retirés unilatéralement. »

⁵⁰ Organisation de Coopération et de Développement Economique - www.oecd.org

⁵¹ *Quel est l'état de santé des soins de santé mentale en Belgique ? La réalité derrière les mythes.* Bruxelles, Itinera Institute Analyse, 2013/9 - http://www.itinerainstitute.org/wp-content/uploads/2016/10/pdfs/20120701_soins_de_sante_mentale_pvh.pdf

Besoins et pistes d'action

(119) Besoin d'augmenter le financement de l'offre de soin

(120) Besoin de rendre les circuits de financement et l'utilisation des budgets plus transparents

(121) Besoin de financements stables et durables pour construire sur le long terme et stabiliser les équipes

- Soutenir l'offre déjà existante et la renforcer ;
- Pérenniser, dans le cadre d'aménagement et d'actualisation de décrets notamment, les activités qui dans différents registres tels la promotion, la prévention, le soin, sont financées depuis plusieurs années sur la base de subsides annuels. Bien qu'elles répondent à des besoins et qu'elles sont devenues structurelles, elles demeurent néanmoins actuellement financées dans un cadre précaire et non pérenne ;
- Diminuer les zones d'incertitudes de manière à favoriser la complémentarité plutôt que la concurrence ;
- Pérenniser les subsides ;
- Voir 11.5 La quantité d'offre.

(122) Besoin de financements adaptables et modulables

- Financer des projets pilotes afin de favoriser les personnes et les services ayant la motivation de s'investir ;
- Financer les activités en fonction de la variabilité du nombre de demandes au fil du temps ;
- Proposer un renfort rapide aux services où le nombre de demandes augmente fortement durant une période courte (par exemple, suite à un afflux de migrants ou à un événement potentiellement traumatisant).

(123) Besoin d'évaluer les besoins et l'offre de soin afin de distribuer les moyens sur une base nouvelle, impartiale et équitable

- Effectuer une étude approfondie des populations et des besoins dans les divers bassins de soin ;
- Se recentrer sur le bien commun plutôt que se préoccuper prioritairement de « plus-value », d'influence, de lobbying et de clivages divers ;
- Revoir le financement par taux d'occupation des hôpitaux psychiatriques, qui engendre une double contrainte paradoxale : à la fois le maintien du taux d'occupation (pour assurer le financement) et à la fois une intervention limitée aux strictes nécessités au profit du développement des alternatives à l'hospitalisation (pour contribuer à la réforme en cours) ;
- Voir 11.1 L'évolution des besoins.

(124) Besoin de concerter le public et les professionnels sur l'utilisation des moyens financiers pour les soins

- Créer des assises générales des soins en santé mentale en Wallonie conduisant à des recommandations ;
- Créer une interface structurelle entre professionnels, structures de santé mentale et décideurs politiques locaux : rôle joué notamment par les plateformes de concertation en santé mentale ;
- Initier un débat citoyen ;
- Voir 11.8 L'implication des usagers et des proches.

(125) Besoin d'augmenter les moyens en termes de personnel

- Augmenter les effectifs ;
- Augmenter les rémunérations ;
- Garantir de bonnes conditions de travail pour pouvoir répondre à la demande, pour rendre possible le lien et la relation avec les personnes en souffrance, etc. ;
- Renforcer les secrétariats afin de décharger les intervenants psychomédicosociaux de la charge administrative.

(126) Besoin d'augmenter les moyens en termes de matériel

- Garantir des bâtiments et locaux adaptés ;
- Garantir des outils informatiques et de communication performants et adaptés aux besoins et aux contraintes (par exemple pour le dossier informatisé, pour le partage des données sécurisé, etc.) ;
- Soutenir l'innovation ;
- Développer un système sécurisé de vidéoconférence pour effectuer les réunions de concertation (tel le projet OKIDOKI introduit dans le cadre de l'appel à projets Mobile Health⁵² en 2016) ;
- Développer un portail informatique permettant de rassembler et de partager les différents outils existants (tel le manuel des pratiques innovantes réalisé par le SPF⁵³) ;
- Soutenir la diffusion d'informations provenant des services, des associations, etc ;
- Garantir des moyens pour la mobilité des professionnels.

(127) Besoin d'un cadre financier qui valorise la pluridisciplinarité, les concertations et le travail en réseau

- Mettre en place un code INAMI correspondant aux réunions de concertation pluridisciplinaire ;
- Partager le budget, et l'augmenter, en cas de prise en charge multiple ;
- Prévoir un budget pour inviter, au sein des services (ou du cabinet médical, etc.), les autres professionnels du réseau ;
- Prévoir un financement pour les co-consultations ;
- Proposer des financements pour des actions pluridisciplinaires (intégrant santé mentale et santé, social, insertion professionnelle, etc.) sur la durée ;
- Voir 11.6 La qualité de l'offre.

(128) Besoin d'un cadre financier qui garantisse aux personnes la liberté du choix du thérapeute et la liberté du choix de la méthode thérapeutique

- Développer une réflexion quant au mode de financement en adéquation avec les évolutions sociétales et les divers besoins ;
- Permettre aux personnes et à l'entourage de choisir les services qui leur semblent les plus pertinents pour répondre à leurs besoins : s'inspirer de la VAPH⁵⁴ (Secteur Handicap en Flandre) qui repose sur un système de vouchers individuels, s'inspirer du Budget d'Assistance Personnelle de l'AViQ.

⁵² « Mobile Health » permet au patient, à son entourage et à différents dispensateurs de soins, via des applications digitales, de collecter, visualiser, partager et utiliser intelligemment, de manière permanente, des informations relatives à la santé et au bien-être - <http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/e-sante/Pages/mobile-health.aspx#.WsM99qxDuic>

⁵³ *Manuel des pratiques innovantes*, Bruxelles, Service Public Fédéral Santé Publique, 2016 - http://www.innopsy107.be/images/Pdf/Guide_FR.pdf

⁵⁴ La VAPH est l'Agence flamande pour les personnes handicapées. La VAPH s'occupe des personnes handicapées qui résident en Flandre, ainsi que des personnes handicapées néerlandophones qui résident dans la Région de Bruxelles-Capitale.

(129) Besoin d'une aide financière à la consultation psychologique et psychothérapeutique

- Intégrer les psychologues parmi les professionnels de la santé et rembourser leurs prestations ;
- Rembourser les soins psychologiques de première ligne ;
- Rembourser de façon cohérente les consultations psychologiques et les psychothérapies en pratique libérale.
- Introduire un code spécifique « psychothérapies » ou « soins psychiatriques » pour les généralistes afin de les stimuler à proposer une consultation aux patients psychiatriques ;
- Rembourser intégralement les soins de psychothérapie et de psychologie clinique.

(130) Besoin de renforcer le financement de l'extrahospitalier (l'offre ambulatoire et l'aide dans les milieux de vie)

- Financer plus de services sans passer par le financement de l'hôpital ;
- Transférer les moyens fédéraux à l'ambulatoire (donc aux régions) via l'activation de l'article ad hoc prévu dans la loi de financement de 2014⁵⁵, ce qui nécessite un accord de coopération ;
- Créer via les rétrocessions de l'ONSS⁵⁶ (par exemple, les contrats Maribel⁵⁷) des petites structures locales à même de développer un accueil de jour à bas seuil ;
- Envisager une autre clé de conversion (après la conversion des lits hospitaliers) pour créer ou renforcer des structures telles les Initiatives d'Habitations Protégées (IHP) et les Maisons de Soins Psychiatriques (MSP).

(131) Besoin de renforcer financièrement les secteurs connexes (Enseignement, Aide à la Jeunesse, Emploi, Santé, etc.)

- Renforcer les services/établissements non exclusivement « santé mentale » qui accueillent aussi des personnes en souffrance mentale (ex : Maisons Médicales, écoles, entreprises, etc.) afin d'améliorer en leur sein la considération pour les problématiques de santé mentale ;
- Favoriser les collaborations avec le secteur de la Santé Mentale ;
- Voir les points de 2. à 10.

⁵⁵ Loi spéciale portant réforme du financement des communautés et des régions, élargissement de l'autonomie fiscale des régions et financement des nouvelles compétences.

⁵⁶ Office National de Sécurité Sociale - www.rsz.fgov.be

⁵⁷ Le Maribel social a pour objectif de promouvoir l'emploi, principalement dans le secteur non-marchand, par la création d'emplois supplémentaires. Les employeurs reçoivent une intervention d'un Fonds Maribel social pour les coûts salariaux des nouveaux emplois. Ces fonds sectoriels spécifiques sont financés par le biais de moyens ONSS.

Les autorités politiques ont pour mission de promouvoir tout ce qui contribue à la bonne santé mentale, au bien-être et à la qualité de vie.

Les autorités politiques se doivent de travailler à la base, sur les déterminants de la santé mentale et notamment sur les déterminants sociaux comme l'accès à un revenu suffisant, à un logement correct, à un emploi, etc.

Il est nécessaire de sortir du décloisonnement des pouvoirs politiques, pour accompagner le décloisonnement sur le terrain. La coopération entre les secteurs, et donc une plus grande transversalité, est une priorité. Elle est indispensable afin d'éviter les ruptures pour les personnes.

La politique en santé mentale se doit d'être cohérente, efficace et porter sur le long terme.

La santé mentale nécessite une approche différente de celle de la santé somatique.

Les autorités politiques doivent s'appuyer sur des concertations avec les acteurs de terrain pour définir les orientations à prendre.

L'attention doit être portée sur la qualité des soins.

Au niveau politique, la fonction de « psychologue de première ligne » continue à « partager » les avis. Certains soutiennent le développement et l'officialisation de cette fonction mais d'autres maintiennent que le psychologue formé à la psychothérapie n'a pas à se diviser entre première et deuxième ligne. Pour ces derniers, le psychologue qui entame un travail avec un patient, doit pouvoir le poursuivre, dans le respect du transfert, jusqu'au moment où le patient et le thérapeute peuvent le mener.



Observations et préoccupations

- Transfert de compétences qui fragilise l'offre de soins et met en péril la philosophie de la réforme en matière de continuité des soins ;
- Organisation des soins en santé mentale écartelée entre le Fédéral et le Régional depuis le transfert des compétences ;
- Risque de dilution des responsabilités du aux nouvelles politiques se voulant inclusives par rapport à tous les secteurs ;
- Pression pour rendre les bénéficiaires conformes aux normes (par exemple, pour la remise au travail le plus vite possible) ;
- Organisation des soins en santé mentale calquée sur le modèle de la médecine somatique ;
- Pression des pouvoirs subsidiaires pour favoriser les prises en charge courtes ;
- Organisation des soins en santé mentale de plus en plus régie par des impératifs gestionnaires et l'émergence de logiques commerciales et individualistes ;
- Culture comptable, bureaucratisation, lourdeur administrative et quantification des actes techniques. Cela éloigne le travailleur de son véritable objet (la souffrance humaine) et de son véritable outil (l'empathie et la qualité du lien humain) ;
- Nouvelles politiques de soins ne tenant pas assez compte de l'expertise des professionnels de terrain dans une logique « top-down ». De nouveaux modèles sont importés pour leur « efficacité » sans concertation avec les bénéficiaires et les travailleurs de terrain.

«les nouveaux modèles proposés sont infiltrés par une logique managériale et procédurale qui, sous prétexte d'efficacité et d'un coût financier moindre, déshumanisent les soins tant pour les patients que pour les professionnels.»

Besoins et pistes d'actions

(132) Besoin d'une politique en santé mentale ouverte à l'Europe

- Promouvoir les initiatives internationales, et y participer ;
- S'inspirer des autres pays ;
- Collaborer avec les autres pays.

(133) Besoin d'un retour sur les données épidémiologiques récoltées afin de donner du sens au travail de récolte des données

- Proposer un feedback interactif sur les données récoltées.

(134) Besoin d'un cadre qui permette de gérer les changements (comme le transfert de compétences, les réformes, etc.)

- Proposer un appui aux gestionnaires ;
- Proposer des pistes de reconversion et non de disparition ;
- Mettre en place un cadre de gouvernance des réseaux (en termes de législation sociale, de financement, de coordination régionalisée, etc.) ;
- Assouplir les réglementations, les décrets et les conventions pour adapter avec flexibilité l'offre de soins.

(135) Besoin de valorisation de la qualité (et non de la rapidité ou du contrôle)

- Rompre avec le discours visant l'efficacité et l'efficience (les travailleurs de la santé mentale sont confrontés au quotidien avec la part la plus pathologique de notre psyché humaine. Cette part n'est pas réductible à des actes et interventions quantifiables) ;
- Simplifier et harmoniser les démarches administratives ;

- Augmenter les moyens et la souplesse en termes de temps (de temps passé au soin, au travail en réseau, à la concertation, etc.) ;
- Favoriser la qualification des professionnels, la qualité des soins et non la logique gestionnaire.

(136) **Besoin de plus de coopération entre les secteurs, entre les administrations (Santé, Education, Enseignement, Sport, Environnement, Emploi, Logement, etc.). Besoin de concertation, de coordination, d'objectifs et de moyens communs**

- Organiser une plus grande concertation inter-cabinets pour une offre de services intégrée et coordonnée autour du patient ;
- Définir des stratégies communes avec les cabinets en charge des matières touchant les déterminants de la santé mentale ;
- Créer une équipe mobile interministérielle qui pourrait circuler d'un secteur à l'autre ;
- Voir les points de 4. à 10 ;
- Voir 11.6 La qualité de l'offre.

(137) **Besoin de plus de collaboration entre les Autorités régionales et fédérales**

- Confier la compétence politique de la « santé mentale » à un seul niveau de pouvoir (qu'il soit fédéral, communautaire, régional, etc.) ;
- Organiser une plus grande concertation inter niveaux de pouvoir ;
- Créer une équipe mobile interministérielle qui pourrait circuler d'un gouvernement à l'autre (fédéral et régions) afin de faciliter l'articulation des ressources et des compétences en vue de développer un projet de santé mentale cohérent.

(138) **Besoin d'un cadre favorable pour les professions de la santé mentale**

- Développer et officialiser la fonction de « psychologue de première ligne » ;
- Réglementer l'exercice de la psychothérapie ;
- Augmenter l'accès à la profession de médecin et aux spécialisations en psychiatrie.

(139) **Besoin de concertation entre les acteurs de terrain (professionnels, usagers et proches) et les décideurs à tous les échelons (communautés, régions et fédéral) ainsi que leurs administrations (AVIQ, AAJ⁵⁸, SPF, etc.) afin de développer une orientation logique et cohérente**

- Organiser des assises de la santé mentale pour penser collectivement les actions ;
- Renforcer la concertation entre les décideurs politiques et les fédérations des secteurs de la Santé Mentale ;
- Renforcer la concertation entre les décideurs et les fédérations d'usagers et de proches - Voir 11.8 L'implication des usagers et des proches ;
- Interpeller les autorités compétentes sur ce qui est évoqué au sein de ce rapport ;
- Renforcer les associations (associations de médecins, de familles, d'usagers, etc.) ;
- Créer un conseil fédéral et/ou régional de la santé mentale qui articulerait les paradigmes du soin psychique et du soin social (paradigmes qui sont différents, mais bien sûr complémentaires du paradigme médical) ; qui permettrait aux différents acteurs du champ de la santé mentale de se réunir pour penser, élaborer et proposer les politiques de santé mentale. (Actuellement le nouveau Conseil fédéral des professions de soins de santé réunit uniquement des médecins, des psychologues et des orthopédagogues) ;
- Développer davantage les collaborations entre les fédérations qui représentent et les Autorités qui agréent, contrôlent et subsidient.

(140) **Besoin d'une culture d'évaluation continue et constructive**

- Promouvoir l'évaluation participative, par les usagers et les proches.

⁵⁸ Aide à la Jeunesse - www.aidealajeunesse.cfwb.be

Références bibliographiques

De nombreuses références bibliographiques ont été citées par les experts pour appuyer leurs propos. Toutes ne se retrouvent pas au sein des « observations et préoccupations » ou des « besoins et pistes d'action » abordés au sein du document. En voici donc une liste exhaustive.

- Attali J., *Demain, qui gouvernera le monde ?* Paris, Editions Hachette, 2012, coll. Pluriel ;
- Bauman Z., *La Vie liquide*. Paris, Pluriel, 2013 ;
- Bellahsen M., *La Santé mentale : vers un bonheur sous contrôle*. Paris, La Fabrique, 2014 ;
- Benasayag M. et Schmit G., *Les Passions tristes : souffrance psychique et crise sociale*. Paris, La Découverte, 2003 ;
- Bronfenbrenner U., *The Ecology of Human Development*. Harvard University Press, 1979 ;
- Bruffaerts R., Hermans K., Van Audenhove Ch. et al., *Inschatting van de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg*. Leuven, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, rapport 16, December 2013 - <https://steunpuntwvg.be/images/rapporten-en-werknotas/behoefte-aan-ggz> ;
- *Burning Out*, documentaire de Le Maire J. (Belgique, 2017, 86 min.) ;
- Chabbert D. (sous la dir.), *Le Baromètre des parents de la Ligue des familles édition 2016*. Bruxelles, La Ligue des Familles, 2016 ;
- *Comment va la vie ? 2015 : mesurer le bien-être*. Paris, OCDE, 2016 ;
- Coppens E., Neyens I. et Van Audenhove Ch., *Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen : onderzoeksrapport*. Rapport 38. Leuven, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2015 ;
- Corrigan P., *How stigma interferes with mental health care*. In : *American Psychologist* 59, 2004, pp. 614-625 ;
- *Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe : relever les défis, trouver des solutions*. Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, Helsinki, 12-15 janvier 2005 - www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/88596/E85446.pdf ;
- Décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, *M.B.*, 29 août 1997 ;
- Defeyt Ph. et Boulanger P.-M., *Capital social et bénévolat*. In : *Pensée plurielle*, n° 9, 2005/1 ;
- *La Dépression de la personne âgée*. XXème Journée de gériatrie organisée par l'UCL, 21 mars 2017 ;
- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, American Psychiatric Association, 2013 ;
- Eribon D., *La Société comme verdict*. Paris, Fayard, 2013, coll. Histoire de la Pensée ;
- *Etude de faisabilité : recherche évaluative du programme de réforme fédérale « Vers de meilleurs soins en santé mentale »*. IRSS-UCL & VUB-OPIH & KU Leuven LUCAS, janvier 2017 ;
- Enquête de Similes Wallonie sur le vécu, les difficultés, attentes et souhaits des proches malades de leurs membres dans différents domaines (habitat, statut, revenus, vie sociale...), 2015 - <http://wallonie.similes.org> (Onglet « Action ») ;
- Eribon D., *La Société comme verdict*. Paris, Fayard, 2013 ;
- *Fit Mind, Fit Job : from Evidence to Practice in Mental Health and Work*. Paris, OCDE, 2015 ;
- Furtos J. et Laval C., *L'Individu postmoderne et sa souffrance dans un contexte de précarité : introduction à une clinique de la disparition*. In : *Confrontations Psychiatriques*, n° 39, 1998 ;
- Gaulejac (de) V., *La Société malade de la gestion : Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. Paris, Seuil, 2005, coll. Economie humaine ;
- Govers P. Absil G., *Prostitution, rapports d'oppression et agency : enquête exploratoire sur la prostitution en Fédération Wallonie-Bruxelles*. Bruxelles, Ministère de l'Egalité des chances, 2016 ;

- *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins*. Wallonie, 2010 - www.psy107.be ;
- *Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents*, Wallonie, 2015 - http://www.psy0-18.be/images/Guide_0-18/GUIDE-EA_definitif_20150330.pdf ;
- Hendrick S., *Un modèle de thérapie brève systémique*. Toulouse, Erès, 2007, coll. Relations ;
- Hendrick S., Efficacité des thérapies familiales systémiques. In : *Thérapie Familiale*, vol. 30, 2009/2 ;
- *Humeur liquide*, court métrage de Viémont R. (France, 2015, 52 min.) ;
- *Indicateurs de santé mentale en Wallonie*. In : *Wallonie Santé*, n° 6, 2016 - <http://sante.wallonie.be/?q=sante/observatoire-wallon-de-la-sante/dispositifs/publications/wallonie-sante> ;
- Kardiner A. et Ovesey L., *The Mark of Oppression : Explorations in the Personality of the American Negro*. USA, Martino Fine Books, 2014 ;
- Kohn L., Obyn C., Adriaenssens J. et al., *Modèle d'organisation et de financement des soins psychologiques en Belgique*. Report 265B. Bruxelles, KCE, 2016 ;
- Laguesse R. et Lambert M., *PSY 107 : enquête sur l'implication des acteurs de terrain wallons dans les réseaux 107*. Namur, CRéSaM, 2016 ;
- Lebrun J.-P., *Les Couleurs de l'inceste : se déprendre du maternel*. Paris, Denoël, 2013 ;
- Lebrun S. et Pieters G., en collaboration avec l'OMS, *Manuel des pratiques innovantes*, mai 2016 ;
- Mbembe A., *Critique de la raison nègre*. Paris, La Découverte, 2013, coll. Cahiers libres ;
- *Mental Health : a Report of the Surgeon General*. USA, National Institutes of Health (NIH) - National Institute of Mental Health, 1999 ;
- Minotte P., *Réflexions concernant les critères d'intensité de soutien dans la prise en charge des jeunes en SRJ : un rapport réalisé pour le Groupement des IMP 140*. Namur, CRéSaM, 2015 ;
- *Model for the Organization and Reimbursement of psychological and Orthopedagogical Care in Belgium*. Bruxelles, KCE, Report 265B, 2016 ;
- *La Performance du système de santé belge*. Bruxelles, KCE, rapport 259B, 2015 - https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_259B_rapportperformance2015_1.pdf ;
- *Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie – Horizon 2030* - <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/plan-pr%C3%A9vention-janvier%202017-final-2.pdf> ;
- *Pour une approche globale des drogues*, Fedito wallonne, 2015 - https://www.feditowallonie.be/documents/Pour_une_approche_globale_Drogues_-_Mai_2015-15122015-37126.pdf ;
- Prevost M., *La Souffrance psycho-sociale : regards de Jean Furtos*. In : *Santé conjugulée*, n° 48, 2009 ;
- *Rapport général sur la pauvreté* réalisé à la demande du Ministre de l'Intégration sociale, par la Fondation Roi Baudouin, en collaboration avec ATD Quart Monde Belgique et l'Union des Villes et Communes belges - <http://www.luttepauvrete.be/publications/RGP95.pdf> ;
- *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève, OMS, 2001 ;
- *Santé et bien-être : résumé des principaux résultats*. Enquête de santé 2013. Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique, 2013 ;
- Salomé J., *Le Courage d'être soi : une charte du mieux-être avec soi-même et avec autrui*. Paris, Pocket, 2001 ;
- Salomé J., *Vivre avec les autres : chaque jour... la vie*. Québec, Editions de l'Homme, 2002 ;
- *Souffrance et société*. In : *Mental'Idées*, n° 11, 2007 ;
- Van Parijs Ph. et Vanderborgh Y., *L'Allocation universelle*. Paris, La Découverte, 2005 ;
- *Les Voix de ma sœur*, documentaire de Philipppin C. (France, 2011, 49 min.).



Questionnaire 1

1. Les déterminants de la santé mentale en Wallonie.

- ⇒ Selon vous, quels sont les déterminants de la santé mentale les plus fragilisés actuellement ? Merci d'en évoquer 3.
- ⇒ De quelle manière la fragilisation de ces déterminants entraîne-t-elle des conséquences sur la vie des personnes, sur leur santé mentale, sur les demandes et sur la prise en charge/le soin ?

2. Les besoins en matière de santé mentale pour la population Wallonne.

- ⇒ Sachant qu'il est impossible d'être exhaustif à ce sujet, quels sont les besoins en matière de santé mentale pour la population.
- ⇒ De quelle manière ces besoins ont-ils évolués ces 10 dernières années ?
- ⇒ Quels sont les besoins auxquels apporter/trouver une réponse est actuellement difficile ou impossible ? Merci d'expliquer.

3. Les besoins pour les professionnels du secteur de la santé mentale en Wallonie.

- ⇒ Quels sont les besoins des professionnels et des services pour améliorer l'offre de services et de soins ?
- ⇒ Qu'est-ce qui pourrait faciliter/améliorer le travail (outils, dispositifs, etc.) ?

4. Les priorités pour la santé mentale en Wallonie

- ⇒ Au vu des déterminants et des besoins, quelles sont les priorités pour la santé mentale ?
Merci d'évoquer deux priorités pour chacun de ces sujets :
 - 1) Les publics cibles
 - 2) La prévention / la promotion
 - 3) La prise en charge / le soin
- ⇒ Comment les moyens devraient-ils être utilisés et répartis ?
- ⇒ Quelles sont les actions à mener ?

Questionnaire 2

Veillez identifier, parmi les éléments proposés dans la synthèse (idées-clés, constats ou besoins), maximum **5 éléments** qui vous semblent les plus importants pour élaborer des repères pour une politique wallonne de santé mentale.

Pour chacun, merci de proposer une piste d'action concrète.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

(Optionnel – uniquement si vous le souhaitez)

Veillez identifier 3 éléments avec lesquels vous ne vous sentez pas en accord.

- 1.
- 2.
- 3.

Liste des experts ayant participé au projet « Repères »

NOM ET PRÉNOM	FONCTION – IDENTIFICATION - SERVICE
ABSIL Gaëtan	Chercheur, Université de Liège, APES (Appui en Promotion et Éducation pour la Santé), LASC (Laboratoire d'Anthropologie Sociale et Culturelle).
BANTUELLE Martine	Directrice, Associations Educa-Santé et Santé, Communauté, Participation.
BECKERS Jean-Marie	Représentant des proches, Similes Wallonie et Réseau de Santé Mentale de L'Est.
BELLEFROID Virginie	Chargée d'études et de projets, AVIQ (Direction de la recherche, de la statistique et de la veille des politiques).
BOURLEZ Frédéric	Responsable thérapeutique, psychologue clinicien, psychanalyste, "La Porte Ouverte".
BRAET Laurence	Chargée de missions, Habitat et Participation. Facilitatrice du groupe de travail "Habitat solidaire, handicap et santé mentale".
CALLENS Sylvie	Psychologue et psychothérapeute, SSM (Service de Santé Mentale) du Tournaisis.
CHAMBEAU Evelyne	Expert santé mentale. Coordinatrice, Groupe santé mentale GIBBIS/Wallcura. Psychologue, criminologue. Directrice des services cliniques, Valisana - site Sanatia.
CHAUVIER Pauline	Psychologue clinicienne. Psychothérapeute. Formatrice, UCL (Université Catholique de Louvain).
CLAVIE Ronald	Coordinateur du développement et du suivi des projets cliniques, Centre Neuro Psychiatrique "Saint-Martin". Administrateur, FEDITO WALLONNE.
COLLARD Fabienne	Coordinatrice, assistante sociale, Similes-Wallonie.
CORLOSQUET Constance	Directrice administrative et psychologue, SSM (Service de Santé Mentale) "Centre de guidance de Seraing-Ougrée".
CORNET d'ELZIUS de PEISSANT Régine	Premier Substitut, Parquet du procureur du Roi de Namur.
CRAPEZ Sophie	Coordinatrice, Comme chez nous
DE MAERE Etienne	Référent Maltraitance, Province de Namur. ONE, Service SOS-enfants.
DE RIEMAECKER Didier	Coordinateur, Réseau Santé Namur (Réforme "107").
DECHAUX Carine + MONNAIE Valérie + WIRTZ Alisson	Animatrice et Art-thérapeute, Centre Culturel de Rochefort.
DEHARENG France	Directrice, CHS "l'Accueil" à Lierneux, ISO SL.
DELARUE Virginie	Directrice, "le Relais". Présidente, FIHP (Fédération des Initiatives d'Habitations Protégées).
DELCOURT Valérie	Directrice, Centre PMS Libre Namur 3
DELGRANGE Anne	Directrice administrative et psychologue, SSM (Service de Santé Mentale) Provincial de Namur "Balances"
DELGROFFE Didier	Sous-directeur, JEFAR (Centre d'insertion Socio-professionnelle)
DEMETER Nicole	Directrice du secteur Santé Mentale, ISO SL. Présidente, Plate-Forme psychiatrique Liégeoise.
DEPAUW Aviva	Pédopsychiatre, Equipe mobile de soins assertifs en Brabant Wallon. Pédopsychiatre, CSPO (Clinique Saint-Pierre d'Ottignies).
DEPIERREUX Christel	Chargée de projets, Point Culture -Collection Santé.

NOM ET PRÉNOM	FONCTION – IDENTIFICATION - SERVICE
DEPLECHIN Pierre	Psychologue. Directeur général, "l'Espoir" (Service d'Accueil et d'Aide éducative, Centre d'Observation et d'Orientation).
DESMEDT Samuel	Attaché, Administration générale de l'Aide à la Jeunesse.
DESOMER Valérie	Conseiller, Centre de Formation de la Fédération des CPAS Wallons.
DEVERD Pascale	Coordinatrice, PFRCC (Plate-forme de Concertation en Santé Mentale des Régions du Centre et de Charleroi).
DUMONT Jean-François	Secrétaire Général Adjoint, Association des journalistes professionnels.
DUPONT François	Conseiller pour le secteur Santé Mentale, Unessa
EECKELEERS Patricia	Médecin généraliste, Ciney. Vice-présidente, SSMG (Société Scientifique de Médecine Généraliste).
FRESON Claudine	Présidente, Similes-Wallonie.
GILLAIN Benoît	Psychiatre. Chef de service de Psychiatrie, CSPO (Centre Hospitalier Saint-Pierre d'Ottignies). Directeur thérapeutique, SSM (Service de Santé Mentale) d'Ottignies "Entre Mots". Vice-Président de la SRMMB (Société Royale de Médecine Mentale Belgique). Vice-Président du Conseil Fédéral des Métiers de la Santé Mentale
GILLET Christophe + QUITELLIER Christophe	Titulaire de classe et animateur du groupe d'enseignants engagés dans le projet scolaire PATH, IMCE (Institut Technique de la Communauté Française Erquelines)
HECTOR Catherine	Administrateur, Groupement des IMP 140. Directrice, SRJ-IMP Provincial de Forrières
HELLIN Valérie	Coordinatrice et psychologue, Centre de planning familial de St-Ghislain
HENDRICK Stéphan	Psychologue clinicien et Psychothérapeute, Faculté de Psychologie et des sciences de l'éducation – UMONS (Université de Mons).
HOUBION Christelle	Coordinatrice, Réseau "Matilda" (Nouvelle Politique de Santé Mentale pour enfants et adolescents).
JACQUET Pascale	Psychologue et Directrice, Centre de Réadaptation Fonctionnelle "L'Intervalle". Directrice, C.R.A. Viva. Présidente, FSPST (Fédération des structures psycho-socio-thérapeutiques)
KATZ Myriam	Rédactrice en chef, Ligueur, Ligue des Familles.
KESTEMONT Paul	Psychologue clinicien et psychothérapeute
KOLELA Virginie	Psychologue clinicienne, Espace 28. Psychologue privée.
LAMY Dominique	Médecin Généraliste. Réseau Alto.
LANGHENDRIES Dominique	Directeur, Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des aînés « Respect Séniors »
LEGREVE Christian	Responsable programme psychosocial, Fédération des Maisons Médicales.
MALDAGUE Patrick	Psychiatre privé.
MARIAGE Olivier	Médecin Généraliste. Directeur, Maison Médicale "le Gué" à Tournai.
MULIER Daniel	Représentant d'Usager, Psytoyens.
NOEL Jean-Paul	Président, Psy'cause. Représentant d'Usager, Psytoyens. Pair-aidant.

NOM ET PRÉNOM	FONCTION – IDENTIFICATION - SERVICE
POELMANS Christian	Psychologue, Hôpital Psychiatrique. Centre Hosp. spécialisé Notre-Dame-des-Anges. Psychologue, Equipe Mobile (Réforme "107").
PONSAR Agnès	Maître-Assistante et Maître de formation pratique, Institut Cardijn - Helha. Administratrice, Plate-forme de Concertation en Santé mentale du Brabant Wallon. Assistante sociale, licenciée en sciences humaines.
RATY Valériane	Psychologue. Responsable, Equipe mobile de crise "Diapazon" (Réforme "107").
RENARD Anne + MONTAGNER Rosy	Directrice - Stratégie et Recours aux tiers, Forem. Directrice - Produits et Services, Forem
ROUSSEAU Jean-Paul	Professeur émérite de Psychiatrie, UCL (Université Catholique de Louvain). Psychiatre, ancien Directeur médical, Hôpital Psychiatrique du Beau-Vallon.
ROZENBERG Alain	Psychologue clinicien, SSM (Service de Santé Mentale) de Braine-L'Alleud "Safrans".
SCHOENAERS Frédéric	Professeur de Sociologie et Directeur, Centre de recherche et d'Interventions Sociologiques, Faculté des Sciences sociales de l'Université de Liège.
THOMAS Marc	Pédopsychiatre. Directeur médical, C.R.A. Viva à Vottem. Président, FCRA (Fédération des Centres de Réadaptation Ambulatoire)
TONA Salvatore	Directeur, "Le Creuset"
TORNABENE Frédéric	Représentant d'Usagers, Psytoyens. Anciennement président de l'association des Usagers "Sunshine".
VANDERGRAESEN Patrick	Coordinateur, IHP/SPAD ACGHP (Association carolorégienne de gestion des habitations protégées). Coordinateur, CMI "Sahmbusahm" Hainaut. Administrateur, FIHP (Fédération des Initiatives d'Habitations Protégées). Administrateur, membre du Bureau, PFRCC (Plate-forme de Concertation en Santé Mentale des Régions du Centre et de Charleroi).
VANTOMME Coralie	Chargée de projets, Citadelle (Service d'aide et de soins spécialisés en assuétudes) et Périscope, (programme de promotion de la Santé en matière d'assuétudes).
WARLET François-Joseph	Juge de paix honoraire. Membre de la Commission Fédérale d'Aide Sociale aux personnes handicapées. Vice-président de la Commission subrégionale du Brabant Wallon de l'AViQ. Président de "Villa Pilifs" à Bruxelles. Membre du Conseil Consultatif Régional relatif à la maltraitance des Personnes Agées. Chargé de cours à l'Université de Mons
WEBER Carmen	Représentant d'Usagers, Psytoyens
WITTMAEKERS Henry + SEIJKENS Marine	Chargée de Projets - Master en Sciences de l'éducation, Université de Liège. Directeur Adjoint, Psychologue, Université de Liège.
YLIEFF Michel	Vice-Président, UPPCF (Union Professionnelle des Psychologues Cliniciens Francophones). Professeur honoraire, ULg (Université de Liège).